

DE
L'AVORTEMENT TUBAIRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,
le Samedi 22 Avril 1899, à 3 heures de l'après-midi,

PAR

Régis VIAL

Né à Rennes le 24 Juin 1874.

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

Lauréat de la Faculté

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HERRGOTT	professeur.....	<i>Président.</i>
		WEISS	professeur.....	
		FÉVRIER	agrégé.....	<i>Juges.</i>
		SCHUHL	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1899

DE

L'AVORTEMENT TUBAIRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,
le Samedi 22 Avril 1899, à 3 heures de l'après-midi,

PAR

Régis VIAL

Né à Rennes le 24 Juin 1874.

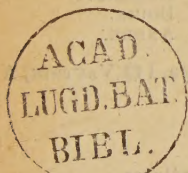
CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

Lauréat de la Faculté

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HERRGOTT	professeur.....	} <i>Président.</i>	
		WEISS	professeur.....		
		FÉVRIER	agrégé.....		} <i>Juges.</i>
		SCHUHL	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS *, I.

Doyen honoraire : M. TOURDES O *, I.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O *, I, HERRGOTT *, I, HECHT *, I, BEAUNIS *, I.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS *, I, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, A, professeur.
Pathologie externe.....	M. FROELICH, A, agrégé, chargé du cours.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. HERRGOTT, I, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.....	M. SIMON, I, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT, I, agrégé libre, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, *, A, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, A, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A.	GUILLOZ, A.	LAMBERT.
FÉVRIER, *, A.	FROELICH, A.	BOUIN.
ETIENNE.	SCHUHL, A.	ANDRÉ.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I, ROHMER, I, VAUTRIN, A, REMY, A, P. PARISOT, I.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, A, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Hommage de ma profonde reconnaissance.

A MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES ONCLES — A MES TANTES

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. RENÉ

Professeur agrégé des Facultés de Médecine.

A MES AMIS

A mon Maître et Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HERRGOTT

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A mon Maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FÉVRIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est donnée, au terme de nos études, de remercier tous nos Maîtres de la Faculté, qui ont bien voulu s'intéresser à nous, et à qui nous devons le meilleur de nous-même.

Que notre Maître, M. le Professeur Herrgott, dont nous avons l'honneur d'être le chef de clinique, veuille bien recevoir ici l'hommage de notre profond respect et de notre bien vive reconnaissance. Ce sont ses savantes et éloquentes leçons cliniques qui nous ont fait aimer l'art obstétrical. Il nous fait aujourd'hui, en acceptant la présidence de notre thèse, un grand honneur, dont nous sommes vivement touché. Qu'il soit assuré de notre entier dévouement.

Nous avons passé, au service de M. le Professeur agrégé Février, une délicieuse année d'internat, trop courte à notre gré. Ce cher Maître nous a prodigué tant de marques de sollicitude et de bonté, que jamais nous ne pourrions nous acquitter de la lourde dette que nous avons contractée envers lui. Il peut compter sur notre éternelle reconnaissance et croire à notre dévouement le plus absolu.

Nous adressons à M. le Professeur Bernheim et à M. le

Professeur Weiss nos remerciements les plus respectueux pour les témoignages de sympathie dont ils ont bien voulu nous honorer au cours de nos études.

Nous prions M. le Professeur agrégé Schuhl d'agréer l'expression de notre profonde déférence et de toute notre gratitude pour la bienveillance qu'il a toujours manifestée à notre égard.

Que M. le Professeur Spillmann, dont le magistral enseignement clinique a si puissamment contribué à notre éducation médicale, et qui a toujours été pour nous un maître plein de bonté, veuille bien recevoir l'assurance de notre grand respect ainsi que de nos remerciements les plus sincères.

Nous avons eu l'honneur d'être l'élève de M. le Professeur Gross : nous nous en souviendrons toujours.

Merci de tout cœur à M. le Professeur agrégé Etienne, pour toutes les marques d'intérêt qu'il nous a données à maintes reprises, et pour ses savants conseils qui ont assuré notre succès à l'internat.

Merci aussi à M. le Dr Raoult, pour la charmante bonne grâce avec laquelle il nous a ouvert toutes grandes les portes de son foyer si hospitalier, et pour son excellente préparation à l'internat.

Merci enfin à tous nos camarades d'internat, et à tous ceux de nos compagnons d'études qui ont bien voulu nous accorder un peu d'amitié. Nous tenons à remercier tout particulièrement ici notre excellent ami Jeandelize, interne à la Maternité, pour sa collaboration si précieuse et surtout pour cette franche et cordiale amitié, dont il a toujours été si prodigue pour nous, et qu'il voudra bien nous continuer longtemps encore, nous l'espérons.

Notre camarade R. Engel, externe des hôpitaux, a bien voulu mettre à notre disposition sa parfaite connaissance de la langue anglaise, nous l'en remercions.

INTRODUCTION

Par une dérogation à sa destinée physiologique, la trompe peut quelquefois devenir le siège d'une grossesse. Mais la grossesse tubaire est un édifice fragile, qui menace ruine à chaque instant. L'évolution gravidique se poursuit alors en effet au milieu de difficultés si variées, qu'il est exceptionnel de la voir atteindre son terme normal.

Le principal écueil, qui s'oppose au déroulement régulier de ses phases successives, réside dans la fragilité de la paroi tubaire. L'élasticité de la trompe est rarement assez complaisante pour se prêter jusqu'au bout à l'amplication progressive que lui impose le développement d'un fœtus à son intérieur. En effet, l'œuf, en augmentant de volume, soumet sa cavité réceptrice à une distension régulièrement croissante ; et si l'on songe, d'autre part, que cet œuf ne se contente pas d'imposer à la paroi maternelle un amincissement purement mécanique, mais que ses villosités placentaires lui font encore subir une sorte d'usure progressive en la taraudant comme des vrilles, on conçoit sans peine que l'évolution d'une telle grossesse court de sérieux risques d'être interrompue avant l'échéance physiologique.

Il existe cependant des faits cliniques incontestables,

dans lesquels la gestation de l'œuf tubaire poursuit son cours jusqu'au terme ou tout au voisinage de celui-ci ; mais les faits de ce genre constituent la grande exception, et, dans l'immense majorité des cas, la paroi tubaire intolérante se révolte d'une façon plus ou moins précoce contre les empiétements de son contenu.

Il y a peu d'années encore, les classiques n'admettaient que deux modes de terminaison de la grossesse tubaire, quel que fût l'âge de celle-ci. Rupture de la trompe, et rétention de l'œuf avec ou sans complications, telles sont les deux seules alternatives envisagées par Maygrier, dans sa thèse d'agrégation publiée en 1886 sur les terminaisons de la grossesse extra-utérine.

En réalité, la rupture passait pour le dénouement habituel et presque fatal de la grossesse ectopique : au point que, dans toute gravidité tubaire, on n'escomptait exclusivement que la probabilité d'un éclatement de la trompe, et la thérapeutique ne s'inspirait que de cette unique appréhension.

Il semble vraiment étrange que personne, jusqu'à ces derniers temps, n'ait entrevu la possibilité d'un processus différent, et n'ait songé à voir, dans les orifices tubaires, des débouchés normaux, susceptibles d'être utilisés par l'œuf pour quitter la trompe. Déjà, *a priori*, n'aurait-on pas dû se demander si l'œuf ne pouvait pas mettre à profit ces trouées naturelles, pour sortir du canal tubaire, sans avoir besoin de s'ouvrir une brèche artificielle à travers la paroi même de la trompe ? Mais l'idée de cette éventualité ne paraît même pas avoir effleuré l'esprit des cliniciens, jusqu'à une époque toute récente.

C'est Werth (1) qui, le premier, aborda en 1887 l'étude de cette question, et montra que l'œuf tubaire peut être expulsé à travers l'ostium abdominal du pavillon, sans aucune déchirure de la trompe. Déjà avant lui, en 1885, Veit (2) et Westermarck (3) avaient signalé des cas d'expulsion de l'œuf ectopique avec intégrité parfaite de la paroi tubaire. Mais c'est à Werth que revient le mérite d'avoir réellement fait le jour sur cette question pour ainsi dire inconnue jusqu'à lui. A partir de sa description, le nouveau processus prit rang dans la science sous le nom d'*avortement tubaire*.

Son travail eut pour effet de tenir l'attention des accoucheurs et gynécologues étrangers en éveil sur cette question : et les observations ne tardèrent pas à se multiplier surtout dans les publications allemandes, anglaises, américaines.

Seule la littérature médicale française s'est confinée dans une réserve presque absolue sur ce sujet. A peine quelques courts travaux ont-ils été consacrés en France à cette séduisante question, et encore n'ont-ils trouvé qu'un bien faible écho dans le monde gynécologique.

Du reste, à l'étranger même, où la théorie de l'avortement tubaire, assise sur des faits cliniques irrécusables, rencontra un accueil généralement favorable, elle ne fut pourtant pas sans soulever quelques controverses assez vives. Elle fut même taxée de roman par

(1) WERTH. — *Beiträge zur anatomie und zur operativen Behandlung der extra-uterin Schwangerschaft.*, Stuttgart, 1887.

(2) VEIT. — *Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 796 et 1886, n° 24. — *Leits f. Geb.*, Bd XII, Hft 2.

(3) WESTERMARK. — *Centr. f. gyn.*, 1885, n° 41.

certain auteurs. *Lawson Tait* (1), en particulier, fut pour elle un adversaire irréductible qui lui fit une opposition systématique. Il qualifia l'expression d'avortement tubaire de mot vide de sens, et prétendit n'avoir jamais relevé, dans aucun des faits de grossesse ectopique soumis à son observation personnelle, non plus que dans un grand nombre d'observations recueillies par lui dans la littérature, l'existence d'un processus abortif, comparable à celui qu'avait décrit *Werth*. Ces allégations du chirurgien anglais ne pouvaient cependant prévaloir contre les faits probants qui s'accumulaient chaque jour, en leur infligeant un démenti absolu.

D'ailleurs, si *Lawson Tait* s'élève si hautement contre le dogme de la fausse couche tubaire, c'est qu'il le croit susceptible de porter atteinte à l'absolutisme de ses préceptes thérapeutiques, en matière de grossesse extra-utérine. Laisser croire au public médical que la grossesse tubaire peut aboutir à l'avortement sans rupture, c'est, selon lui, l'endormir dans une fausse et dangereuse sécurité, c'est l'exhorter en quelque sorte à une timide expectation, en paralysant à tort son initiative interventionniste. Or, aux yeux d'un chirurgien aussi intrépide que *Lawson Tait*, l'abstention est une conduite déplorable.

Quoi qu'il en soit, la clinique a eu finalement raison de ses récriminations, et l'avortement tubaire a définitivement conquis droit de cité en gynécologie.

Au début, il ne fut question que de l'expulsion de l'œuf à travers l'orifice externe de la trompe ; mais on ne tarda pas à s'apercevoir qu'il pouvait être également

(1) LAWSON TAIT. — *British gynecol. Journal*, vol. XXVIII.

chassé à travers l'ostium utérin, et tomber ainsi dans l'utérus pour être enfin entraîné au dehors.

Il existe donc deux modalités de fausse couche tubaire : l'une qui s'effectue du côté de la cavité péritonéale, et l'autre du côté de la cavité utérine. L'histoire de la première est aujourd'hui bien connue ; celle de la seconde est au contraire encore entourée à l'heure actuelle de beaucoup d'obscurités.

DÉFINITION

L'avortement tubaire consiste dans l'expulsion totale ou partielle, avant l'âge de la viabilité fœtale, de l'œuf inséré dans la trompe, à travers l'un des orifices naturels de celle-ci, et sans rupture de sa paroi.

Quand la chute ovulaire a lieu par l'ostium abdominal, l'avortement est dit tubo-abdominal. Si, au contraire, elle s'effectue à travers l'ostium utérin, c'est un avortement tubo-utérin.

Dans certains cas anormaux, l'œuf est chassé à travers l'orifice d'un pavillon accessoire ; ce dernier peut occuper une situation variable ; dans un cas de Gottschalk, que nous rapportons ci-dessous, il siégeait à la partie moyenne de la trompe.

OBSERVATION XXIV (1)

GOTTSCHALK. — *Zeits. f. Geb. v. Gyn.*, 1895. Bd XXXIII, p. 140. — Avortement tubaire à travers uu pavillon supplémentaire.

Au point où la trompe gauche se continue avec l'hémato-cèle se trouve un orifice tubaire supplémentaire, entouré d'une belle collerette de franges, et parfaitement perméable. Il est situé à peu près au milieu de la trompe. Il n'y a

(1) Ayant suivi l'ordre chronologique pour la classification des observations rassemblées à la fin de cette thèse, nous avons conservé à chacune de celles que nous citons au cours de ce travail le numéro qui lui revient dans cette classification.

aucun doute que l'œuf fécondé est sorti de bonne heure par cet ostium supplémentaire, pour tomber dans la cavité péritonéale.

C'est de cette façon que l'avortement tubaire est survenu au deuxième mois.

L'œuf peut se décoller complètement et passer tout entier hors de la cavité tubaire ; il ne reste alors, au siège d'insertion placentaire, que quelques caillots, renfermant des cellules déciduales. C'est là un type d'*avortement complet*.

Lorsqu'au contraire le décollement ovulaire n'est qu'imparfait, et qu'il reste des débris plus ou moins importants de l'œuf dans la cavité maternelle, l'avortement est *incomplet*. Il en existe deux variétés :

Tantôt l'œuf se déchire, et laisse échapper le fœtus qui est chassé ensuite hors de la trompe ; dans ce cas, les membranes ne se détachent que secondairement et d'une façon habituellement imparfaite ; quelquefois même elles ne se détachent pas du tout ;

Tantôt l'œuf se décolle sur toute sa périphérie, mais il est retenu en totalité dans la trompe, sous forme de môle charnue. Seul le sang, provenant du décollement, se déverse dans le péritoine, et quelquefois simultanément dans l'utérus, à travers les orifices normaux du canal tubaire.

Il peut sembler bizarre et paradoxal au premier abord de taxer d'avortement un état caractérisé par la rétention totale de l'œuf dans la trompe où il s'est développé. Aussi n'a-t-on pas manqué d'attaquer la légitimité de l'expression d'avortement, appliquée à un tel état. Mais nous ferons remarquer que nous n'avons envisagé, dans

notre description, qu'une variété de rétention bien définie, et c'est à elle seule que s'applique la qualification d'avortement.

Sans doute, il existe des cas de rétention, qui n'appartiennent nullement à l'histoire de l'avortement tubaire. Ces cas étaient connus depuis longtemps. Ils sont caractérisés par l'absence de décollement de l'œuf qui reste parfaitement intact ; aussi ne sont-ils pas accompagnés d'hémorrhagie. Tout au plus, dans quelques rares cas, se fait-il un très léger décollement, qui n'entraîne qu'un écoulement sanguin insignifiant.

L'œuf mort conserve ses adhérences avec la paroi maternelle, et se trouve fort bien toléré par la trompe, où il végète en parasite inoffensif ; il peut rester indéfiniment en cet état et aboutir à la formation de lithopédions, ou au contraire provoquer à la longue des réactions variées, des processus de fistulisation, qui favorisent son élimination au dehors. Dans tout cela, rien qui rappelle un avortement.

Le véritable avortement s'accompagne toujours, soit d'une rupture des membranes de l'œuf, soit d'un décollement de ce dernier.

Ce sont ces caractères qui différencient l'avortement incomplet de la rétention vraie.

L'absence même de germe au sein d'une trompe gravidé, indemne de toute rupture, n'est nullement un gage certain d'avortement ; car l'embryon peut avoir disparu par désintégration *in situ*, étant donnée la facilité de résorption de ses tissus, dans les premiers stades du développement embryogénique. Il convient de remarquer toutefois en passant que la régression embryonnaire

ne s'effectue qu'avec une grande lenteur, quand le produit de conception reste encapuchonné dans ses membranes.

En tous cas, lorsque le fœtus a été chassé hors de la trompe, à travers une déchirure de ses enveloppes, celles-ci, vides de leur contenu, s'affaissent, et la cavité amniotique se réduit à une fente virtuelle, qu'on a souvent peine à déceler sur les coupes. Au contraire, dans les cas de rétention simple, avec liquéfaction de l'embryon, la cavité de l'œuf conserve sa forme initiale, et la résorption du liquide ovulaire ne se fait qu'avec une grande lenteur, et n'aboutit presque jamais à sa disparition complète.

Quant au décollement de l'œuf, il n'est pas à lui seul suffisant pour caractériser l'avortement ; il faut encore que le sang, versé par les vaisseaux placentaires, trouve devant lui des orifices perméables et qu'il s'écoule avec une force suffisante pour les entr'ouvrir, et tomber ensuite, soit dans le péritoine, soit dans l'utérus, soit dans ces deux cavités à la fois.

En effet, que l'œuf vienne à perdre ses attaches placentaires, si la trompe est fermée à ses deux extrémités, et que l'hémorrhagie du décollement s'effectue à son intérieur sous une faible tension, le sang, s'accumulant dans la trompe sans menacer l'intégrité de ses parois, devient lui-même, par la contre-pression qu'il y développe, un agent d'hémostase spontanée. La coagulation s'opère alors rapidement : le foyer hémorrhagipare se tarit. Ce n'est pas un avortement qui s'est produit, mais un hématosalpinx.

Si, toutes choses égales d'ailleurs, le sang avait pu

trouver issue au dehors à travers l'ostium abdominal ou l'ostium utérin, ce processus eût certainement mérité le nom d'avortement. En effet, si dans ces conditions l'œuf est retenu dans la cavité tubaire, cette rétention est simplement le fait d'une dilatation insuffisante de l'orifice terminal de la trompe qui arrête l'œuf abortif, parvenu presque au terme de son évolution migratrice. Entre les cas d'expulsion totale de l'œuf et les cas de rétention complète, il y a place pour toute une série d'intermédiaires qui constituent un trait d'union naturel entre les faits extrêmes, et justifient leur classement dans une même catégorie nosographique.

Enfin et surtout dans l'avortement tubaire, c'est l'hémorrhagie, et en particulier l'hémorrhagie péritonéale, qui donne la note clinique prépondérante ; c'est elle qui domine entièrement la symptomatologie, le pronostic et le traitement de l'affection ; il serait donc arbitraire d'exclure du cadre de l'avortement tubaire des faits qui ne se distinguent des cas typiques que par une simple variante anatomique, alors qu'ils reconnaissent un mécanisme pathogénique identique et qu'ils revêtent absolument les mêmes allures cliniques.

Il conviendrait donc d'ajouter à la définition que nous avons donnée plus haut de l'avortement tubaire, que, dans certains cas, le processus abortif se borne à un décollement de l'œuf, suivi d'une hémorrhagie qui se fait jour au dehors par les orifices tubaires, sans être accompagnée de la moindre parcelle ovulaire : c'est l'avortement réduit à sa plus simple expression. L'observation suivante en est un exemple.

OBSERVATION XLIV

MANDL et SCHMIT (*Archiv. f. Gyn.* Bd LVI, Hft 2). — Avortement tubaire gauche avec hématoçèle.

A. S... , 31 ans. IIpare. Entrée le 14 avril 1894. Dernières règles le 27 janvier. 8 jours après, hémorrhagie qui s'arrête, mais se reproduisit très violente le 17 mars et dure encore.

Douleurs abdominales et lombaires.

Symptômes subjectifs de grossesse.

Extirpation par laparotomie, le 17 avril Guérison. La tumeur, plus grosse que le poing, est formée de deux portions, entre lesquelles n'existe pas de démarcation à la surface extérieure ; l'une interne, la trompe ; l'autre externe, l'hématoçèle, qui empiète sur le pavillon. La tumeur tubaire, située à 6 cms de l'utérus, renferme une môle, grosse comme un œuf de poule, et recouverte de caillots, qui font hernie à travers le pavillon, dans le sac de l'hématoçèle. La paroi de ce dernier s'insère sur le pavillon de telle sorte qu'elle semble se continuer sans aucune interruption avec le kyste fœtal. La môle renferme une cavité, un peu aplatie, grosse comme une noix, tapissée d'amnios, dans laquelle s'insère le cordon ombilical et où se trouve un embryon long de 4 cm 5.

ÉTIOLOGIE

En dehors des causes générales d'avortement qui sont susceptibles d'influencer l'œuf tubaire au même titre que l'œuf utérin, et sur lesquelles nous n'avons pas à insister, il existe deux facteurs puissants d'avortement tubaire, à l'étude desquels nous nous bornerons. Ce sont les poussées congestives et les traumatismes.

Le retour des périodes cataméniales est une menace perpétuelle pour l'œuf tubaire ; car bien souvent la congestion menstruelle va jusqu'à l'effraction vasculaire et à l'hémorrhagie qui décolle l'œuf. Ce n'est pas là, du reste, tant s'en faut, un privilège exclusif du molimen menstruel ; et toutes les causes capables d'exciter un mouvement fluxionnaire dans les réseaux de la trompe peuvent faire éclater en un temps quelconque la crise hémorrhagique. Le traumatisme est aussi très fréquemment en jeu dans la provocation de l'avortement tubaire ; et, le plus souvent, il est réalisé par une exploration médicale, en général, un toucher quelque peu brutal ou prolongé, quel que soit le mécanisme intime de son action, sur lequel nous reviendrons plus tard, il est, de l'avis presque unanime des auteurs à peu près constamment en cause, à un degré variable, dans toute fausse couche tubaire.

En somme, les causes que nous venons de relever dans l'étiologie de l'avortement tubaire sont précisément les mêmes qui président, d'autre part, à la rupture de

la trompe. Comment se fait-il que des causes de même nature puissent engendrer tantôt la rupture, et tantôt l'avortement ? C'est ce que nous allons examiner maintenant.

La condition nécessaire et indispensable de la rupture est l'élévation soudaine de la tension intra-tubaire, à un degré tel qu'elle dépasse brusquement les limites de la résistance de la trompe et la fait éclater. Cette forte augmentation de pression exige, presque toujours, pour sa réalisation, les deux conditions suivantes :

1^o) La vie de l'œuf ;

2^o) L'existence d'un obstacle insurmontable à l'évacuation du flux hémorrhagique hors de la cavité tubaire.

Nous allons montrer que ces circonstances propices à la rupture sont presque incompatibles avec l'idée d'avortement.

« La possibilité d'une déchirure ne se conçoit guère, dit Fehling (1), que tant que l'œuf est vivant. » Une fois mort, en effet, il se rapetisse, il se ratatine très rapidement, et n'impose plus dès lors à la paroi tubaire qu'une distension très modérée. Si cet amoindrissement du volume de l'œuf est une condition peu favorable à la rupture, il constitue en revanche un véritable phénomène d'accommodation qui prépare et facilite le glissement de l'œuf à travers les segments de la trompe non dilatés par la grossesse ; la mort de l'œuf est donc alors, pour ainsi dire, le premier acte de l'avortement, grâce auquel ce dernier devient possible. Notons toutefois que l'avortement peut quelquefois se produire en pleine

(1) FEHLING. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1898. Bd XXXVIII. Hft 1, p. 67.

période de vitalité ovulaire, et qu'exceptionnellement la rupture tubaire peut encore survenir après la mort du produit de conception. En somme, si l'on peut ainsi dire, la mort de l'œuf est une cause prédisposante, mais non déterminante de l'avortement.

C'est, en réalité, l'état des orifices tubaires qui règle la marche des événements. Si ces orifices sont fermés, et opposent aux hémorragies de la trompe une barrière infranchissable, pour peu que l'écoulement sanguin soit abondant, la paroi cédera : il y aura rupture.

Si, au contraire, ils sont largement perméables, ils constituent chacun une soupape de sûreté, prête à laisser passer l'œuf ou tout au moins le sang provenant de son décollement et réalisant ainsi une détente providentielle à la moindre menace d'hypertension intra-tubaire. Il y a, dans ce cas, avortement. En conséquence, la perméabilité des orifices terminaux de la trompe est une condition *sine qua non* de l'avortement tubaire.

Sommes-nous donc autorisé à parler de perméabilité des orifices de la trompe, au cours de la grossesse de cet organe ? La question mérite d'être étudiée successivement pour l'ostium abdominal, et pour l'ostium utérin.

En ce qui concerne le premier, *L. Tait* a prétendu que le pavillon de la trompe est fermé en permanence, durant toute la période de gravidité tubaire ; l'issue de l'œuf ne serait possible à travers ce pavillon qu'au prix d'une véritable effraction : les franges seraient, en effet, non seulement accolées, mais intimement soudées entre elles, et l'avortement ne saurait se réaliser qu'à la faveur d'une rupture du pavillon, en tous points comparable à la rupture d'une autre région quelconque de la

trompe. Cette affirmation de *L. Tait* est manifestement exagérée, et de l'avis à peu près général des auteurs, l'ostium abdominal reste plus ou moins largement béant, au début de l'évolution gravidique. C'est là un fait constant, même dans les grossesses du segment utérin et de la région isthmique de la trompe.

A fortiori, dans les grossesses du tiers externe, surtout dans les grossesses ampullaires, la fermeture de l'ostium est-elle pour ainsi dire impossible. L'augmentation croissante de l'extrémité abdominale de la trompe s'accompagne d'une distension simultanée de l'ostium abdominal : le pavillon s'entr'ouvre comme la corolle d'une fleur qui s'épanouit, et on ne conçoit guère la possibilité d'une coalescence des franges tubaires, entraînées dans un mouvement de dilatation excentrique.

Mais en dehors de ces cas, où l'occlusion de l'orifice est mécaniquement irréalisable, on admet généralement que, peu à peu, au fur et à mesure que la grossesse avance en âge, les franges du pavillon se fusionnent entre elles et amènent finalement une oblitération hermétique de l'ostium abdominal. Toutefois, qu'il nous soit permis de nous demander si l'occlusion de la trompe se produit dans tous les cas indistinctement, et si elle est bien le fait de l'état gravidique pur et simple, dégagé de tout facteur pathologique, ou si elle n'est pas plutôt un phénomène inconstant, qui, lorsqu'il survient, n'est que la conséquence d'un processus phlegmastique, surajouté à la grossesse.

Nous avons peine à comprendre cette agglutination soi-disant normale du pavillon qui a été décrite dans la grossesse tubaire ; car sa réalisation nécessite une exsu-

dation plastique, qui cimente entre elles les franges voisines. Or un tel phénomène est nettement l'expression d'un état inflammatoire.

Nous serions donc fort tenté d'admettre que, lorsqu'elle se produit, l'oblitération de l'ostium abdominal relève d'une poussée salpingitique subaiguë, réveillée par le stimulus gravidique dans une muqueuse déjà antérieurement malade. Ce fait n'a rien qui doive surprendre, si l'on songe que, dans la majorité des cas, la greffe anormale de l'œuf est conditionnée par un état morbide de la muqueuse tubaire, et subordonnée à un processus de salpingite desquamative.

Si l'idée précédente est exacte, on pourrait en déduire que, dans les cas, rares du reste, où la trompe était saine avant la greffe ovulaire, l'orifice abdominal conserve sa perméabilité d'une façon permanente, durant tout le cours de la grossesse.

Non seulement l'ostium abdominal peut rester ouvert dans une trompe gravide, mais encore il est susceptible de se dilater, et dans certains cas il peut atteindre jusqu'à 2 ou 3 centimètres de diamètre, et plus encore, alors que son calibre normal n'excède pas 2 à 3 millimètres.

Quoi qu'il en soit, cette persistance de la perméabilité tubaire n'est pas, à beaucoup près, la règle, il faut bien l'avouer, et le plus habituellement, l'orifice du pavillon se ferme pendant le cours de la grossesse, d'une façon lente et progressive. La trompe reste ouverte durant les huit premières semaines ; mais, passé ce délai, son orifice externe se ferme, dans nombre de cas ; à partir de cette époque, l'avortement devient impossible, et fait place à la rupture.

La question de la perméabilité de l'ostium tubo-utérin est moins discutée que celle de l'ostium abdominal. Mais si l'on admet qu'il n'est jamais exposé à l'oblitération, on a objecté en revanche que l'exiguïté extrême de son calibre physiologique était incompatible avec l'idée d'avortement tubo-utérin : il ne mesure en effet qu'un millimètre de diamètre à l'état normal. Toutefois il est parfaitement démontré que l'œuf, inséré au niveau du tiers interne de la trompe, entr'ouvre mécaniquement, dans son mouvement d'expansion, tout le segment interstitiel de celle-ci, et en même temps l'ostium utérin ; les voies sont donc prêtes pour l'avortement tubo-utérin.

FRÉQUENCE

La date toute récente encore de la découverte de l'avortement tubaire donnerait à penser que c'est là simplement un processus d'exception, au cours de la grossesse ectopique. Et de fait, au début, il a passé pour une rareté. Mais, au fur et à mesure que se sont multipliées les interventions opératoires pour grossesse extra-utérine, et que surtout on a procédé avec plus de soin à l'étude des pièces anatomiques, on a bien vite acquis la certitude que l'avortement était une terminaison fréquente, très fréquente même de la grossesse tubaire.

Il convient d'établir, au point de vue de la fréquence, une distinction entre l'avortement abdominal et l'avortement tubo-utérin.

Le premier est le mieux connu, et a déjà été l'objet de plusieurs statistiques.

Déjà en 1892, au Congrès de Bruxelles, *Martin* déclarait que l'avortement abdominal est très fréquent, et même beaucoup plus fréquent que la rupture de la trompe. La même année, *Zweifel* dit avoir observé 3 avortements sur 13 cas de grossesse extra-utérine, soit 23 %.

Dans une thèse publiée en 1893, *von Schrenck* (1) rassemble 610 cas de grossesse ectopique, parmi lesquels il ne retient que 330 faits absolument authentiques ; ces 330 cas se seraient terminés 270 fois par rupture, et

(1) SCHRENCK. — Thèse de Dorpat, 1893.

60 fois par avortement. Il existerait donc, d'après cette statistique, une proportion de 1 avortement pour 4,5 ruptures.

Orthmann (1), en 1894, a recueilli dans la littérature 70 cas de grossesse tubaire de un à quatre mois, choisis dans les publications les plus récentes, parmi les faits relatés avec les détails les plus précis. Ces 70 cas se décomposent en 38 ruptures et 32 avortements. D'autre part, sur 54 autres cas de grossesse tubaire de 1 à 4 mois, recueillis dans la clinique de Martin, il y eut 23 ruptures et 29 avortements ; dans 2 cas, il y eut avortement et rupture simultanés. En somme, si l'on additionne les chiffres des deux statistiques précédentes, on aboutit à un nombre exactement égal de ruptures et d'avortements :

61 ruptures,

61 avortements.

Mandl et Schmit (2), en 1898, sur un ensemble de 67 cas de grossesse tubaire interrompue dans les 4 premiers mois, n'ont observé que 14 ruptures contre 56 avortements, soit une rupture pour 5,09 avortements.

Enfin, la statistique la plus récente appartient à *Fehling* (3), qui, dans sa pratique, est intervenu 9 fois pour rupture et 31 fois pour avortement tubaire. En ajoutant aux cas précédents, soumis au contrôle opératoire, ceux où il se croit autorisé, de par la clinique, à conclure au diagnostic d'avortement, il arrive au total

(1) ORTHMANN. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1894, Bd XXIX, p. 61.

(2) MANDL et SCHMIT. — *Archiv. f. Gyn.*, Bd LVI, Hft 2.

(3) FEHLING. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd XXXVIII, Hft 1, p. 67.

de 71 avortements : la proportion serait donc de 1 rupture pour 7,88 avortements. En conséquence, selon Fehling, les avortements seraient 8 fois plus fréquents que les ruptures.

Quant à l'avortement tubo-utérin, qui est beaucoup moins connu, on n'est pas fixé sur sa fréquence ; cependant, de l'avis de plusieurs auteurs, il se produirait bien plus souvent qu'on ne le pense, surtout durant les premiers stades de l'évolution gravidique. *Schultze* (1) estime en particulier qu'il doit être très fréquent, et, selon lui, « de nombreux avortements de prétendue grossesse normale ne reconnaîtraient pas d'autre origine ». *Skutsch* (2) émet également une opinion absolument analogue.

C'est au cours des premiers mois que la fréquence de l'avortement atteint son acmé. C'est ce qui ressort nettement des tableaux suivants, empruntés au mémoire d'Orthmann, relatifs à l'avortement abdominal, et d'autant plus intéressants, qu'ils mettent en parallèle la rupture et l'avortement :

1^{re} Statistique

(Cas empruntés à la littérature médicale)

AGE DE LA GROSSESSE	AVORTEMENTS	RUPTURES
1 ^{er} mois	8	6
2 ^e »	19	23
3 ^e »	4	5
4 ^e »	1	4

(1) SCHULTZE. — *Verhandl des 2^o Kongress der deutschen Gesells. f. Gyn.*, p. 231.

(2) SKUTSCH. — *Versammlung der deuts. Gesells. f. Gyn. in Leipzig* (7-11 juin 1897).

2^e Statistique

(Cas personnels observés à la clinique de Martin)

AGE DE LA GROSSESSE	AVORTEMENTS	RUPTURES
1 ^{er} mois	13	5
2 ^e »	10	8
3 ^e »	4	6
4 ^e »	2	4

Il résulte de ces faits que c'est au 2^e mois que l'avortement atteint son maximum de fréquence, de même que la rupture du reste, puisque sur 124 cas de grossesse tubaire des 4 premiers mois il y eut :

Le 1^{er} mois — 11 ruptures et 21 avortements,

Le 2^e mois — 31 ruptures et 29 avortements,

soit, pendant les 2 premiers mois réunis,

42 ruptures et 50 avortements.

Les tableaux d'Orthmann nous montrent que la fréquence de l'avortement décroît rapidement à partir du 2^e mois. Sur un total de 61 avortements, 3 seulement appartiennent au 4^e mois.

Nous ne savons pas s'il a été observé des cas d'avortement au 5^e mois ; mais nous croyons que, s'il en existe, ils doivent être absolument exceptionnels ; et encore, étant donné ce que nous avons dit plus haut de l'état des orifices pendant la grossesse, ces avortements tardifs doivent exclusivement ressortir, pour l'avortement abdominal, à des grossesses ampullaires, et pour l'avortement tubo-utérin, à des grossesses tubo-utérines. C'est qu'en effet, dans la grossesse ampillaire, l'œuf, développé dans le pavillon, se trouve complètement ou presque complètement en dehors de l'ostium abdominal ; nous

ne concevons même pas, pour cette variété de grossesse, d'autre mode de terminaison possible que l'avortement abdominal, après rupture du sac amniotique ; la trompe nous paraît alors complètement à l'abri d'une déchirure. Dans les grossesses tubo-utérines l'œuf, inséré dans la région interstitielle de la trompe, proémine dans la cavité utérine, où il continue à se développer pendant un certain temps ; mais il est rare qu'une telle grossesse ne soit pas interrompue à un stade précoce de son évolution.

Somme toute, le processus abortif s'observe surtout au début de la grossesse tubaire ; nous n'en connaissons pas d'exemple au 5^e mois. En conséquence, l'expression d'avortement est parfaitement justifiée dans le cas particulier, puisqu'elle sert à désigner l'interruption de la grossesse tubaire, à une époque où le fœtus n'a pas encore atteint l'âge de la viabilité.

Il ne nous est pas possible, faute de statistiques, d'établir la fréquence comparée de l'avortement complet et de l'avortement incomplet. Toutefois, tous les auteurs admettent que l'avortement complet est très rare, tandis que l'avortement incomplet est la règle.

En tous cas, l'avortement tubaire complet ne semble se produire au-delà du deuxième mois que d'une façon absolument exceptionnelle (*Meinert*) (1).

(1) MEINERT. — *Gynækol. Gesellsch. zu Dresden, in Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 171.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

D'une façon générale, l'évolution d'un avortement tubaire peut se décomposer en trois temps successifs, qui peuvent se réduire à deux dans certains cas :

1° L'œuf se libère, par décollement, de ses attaches maternelles, ou bien le fœtus est expulsé hors de la cavité ovulaire, à travers une déchirure des membranes.

2° Devenus libres, l'œuf ou le fœtus seul, suivant la modalité qu'affecte le premier temps du processus, glissent à l'intérieur de la trompe, depuis leur siège initial jusqu'à l'orifice tubaire qu'ils doivent franchir. Ce temps n'existe évidemment que dans les cas où l'œuf est inséré à une certaine distance des orifices.

3° Ils sont enfin expulsés à travers cet orifice et tombent ensuite soit dans le péritoine, soit dans l'utérus, suivant la variété d'avortement.

Chacun de ces temps comporte des anomalies que nous signalerons au fur et à mesure de notre étude.

Premier Temps. — Dans l'avortement utérin, deux mécanismes différents peuvent entrer en jeu :

Tantôt l'œuf se décolle d'une façon complète et est expulsé intégralement ; c'est l'avortement en un temps.

Tantôt la poche des eaux se rompt et le fœtus est chassé à travers la déchirure ; l'œuf ne se décolle que secondairement ; c'est là le type de l'avortement en deux temps.

Les mêmes processus peuvent se rencontrer dans la

trompe. Suivant les cas, il y a décollement de l'œuf, ou rupture des membranes d'enveloppe. Ces deux phénomènes peuvent coexister ou se produire isolément. Étudions leur mécanisme respectif.

Sous quelle influence l'œuf tubaire se détache-t-il et perd-il ses connexions avec la muqueuse maternelle ? Ce décollement est-il, comme le pense *Martin*, la conséquence d'un défaut de parallélisme entre le développement de l'œuf et celui de la trompe, et d'un glissement de l'œuf au niveau de sa base d'insertion ? Cette théorie rappelle celle qu'a proposée *Barnes* pour expliquer le décollement placentaire dans l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Il est possible que le processus invoqué par *Martin* entre quelquefois en jeu. Mais nous avons vu plus haut que la mort de l'œuf était très fréquemment l'événement initial de l'avortement tubaire ; or, en pareille circonstance, le mécanisme défendu par *Martin* n'a pas à intervenir, au contraire.

En réalité, la véritable cause du décollement réside le plus souvent dans la présence de l'œuf mort, qui, faisant office de corps étranger, irrite la paroi tubaire, et provoque de sa part des réactions expultrices.

Dans d'autres circonstances plus rares, le décollement est le premier phénomène en date ; la mort de l'œuf ne survient que secondairement.

Puisque l'on retrouve si souvent, à l'origine de l'avortement tubaire, la mort primitive de l'œuf, comme cause génératrice de ce dernier, il importe de préciser le mécanisme de cette mort, qui se rattache ainsi intimement à l'histoire de la fausse couche tubaire.

Et d'abord, comme le dit fort bien *Pilliet* (1), « le

(1) *PILLIET. Progrès médical*, 7 avril 1894.

« fœtus ne trouve pas à vivre dans la trompe dont les vaisseaux ne sont pas disposés en sinus profonds et prêts à recevoir les radicules de l'ecto-placenta. » « Le plus souvent, il meurt assez vite. » (Cestan.)

La pauvreté relative des plexus vasculaires (*Pilliet*), jointe à l'absence de glandes et de tissu conjonctif adénoïde dans la paroi (*Fehling*) (1), constitue pour l'œuf une cause d'infériorité vitale, qui l'achemine vers une mort habituellement rapide ; l'insuffisance des apports nutritifs est en effet un puissant facteur de vulnérabilité ovulaire.

En tout cas, la mort de l'œuf, lorsqu'elle préexiste au décollement, ne constitue qu'une cause lointaine de ce dernier ; et ce processus, qu'il soit primitif ou secondaire, reconnaît des causes prochaines que nous allons maintenant passer en revue.

A part les cas de décollement traumatique, dus aux brusque glissement de l'œuf sur la paroi maternelle, l'œuf est-il détaché par une hémorrhagie ou par la contraction tubaire ? C'est là une question qui a suscité de nombreuses controverses dans le monde des gynécologues allemands.

L'hémorrhagie est constante au cours du décollement. Elle se produit avec une grande facilité, étant donnée la fréquence des lésions inflammatoires salpingiennes qui président le plus habituellement à la greffe anormale de l'œuf. La paroi, hypérémiee par une salpingite ancienne, est fréquemment le siège de raptus congestifs intenses, qui, survenant dans des vaisseaux rendus fragiles par l'inflammation, aboutissent aisément à l'effraction vas-

(1) FEHLING. — *Zs. f. Geb. u. Gyn.* 1898. Bd XXXVIII. Hft. 1.

culaire. Il se passe ici ce qui arrive lors d'endométrite de la caduque utérine.

Mais cette hémorrhagie est-elle primitive ou secondaire? Martin (1) prétend qu'elle est toujours primitive, et lui attribue le rôle capital dans l'avortement. A ses yeux, la musculature tubaire est impuissante à opérer l'isolement de l'œuf. L'hypertrophie qu'elle subit du fait de la grossesse est contrebalancée, selon lui, par l'amin-cissement et la dissociation des faisceaux musculaires, dus à la distension qui leur est imposée.

Selon Mackenrodt (2), qui est en parfaite harmonie d'idées avec Martin, la paroi tubaire subit au cours de la grossesse, surtout après la mort de l'œuf, des altérations de structure telles qu'il semble inadmissible de lui prêter le moindre rôle actif dans l'acte du décollement.

Veit, en revanche, soutient que la trompe est capable de contractions suffisamment efficaces, pour déchirer les attaches maternelles de l'œuf.

Cette question reste, somme toute, très obscure. Peut-être la vérité se trouve-t-elle dans une opinion mixte, qui consiste à faire intervenir simultanément la contraction musculaire et l'hémorrhagie comme agents du décollement de l'œuf.

Dans certains cas, en même temps que l'œuf se décolle, ou même avant qu'il ait commencé à se détacher, ses membranes se déchirent ; il y a rupture de la poche des eaux. Ce processus est la règle dans les grossesses ampullaires (Observ. X) : il s'observe

(1) MARTIN. — *Gesells. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, 19 mai 1893.

(2) MACKENRODT. — *Gesells. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, 12 mai 1893.

également, mais avec une fréquence moindre, dans les grossesses du corps même de la trompe, ainsi que le prouve le fait suivant :

OBSERVATION LXIII

MITTERMAIER (*Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 275). — Grossesse tubaire gauche de deux mois. — Hémato-salpinx du volume du poing. — Écoulement de liquide amniotique par l'utérus.

Multipare.

Dernières règles au début d'avril.

Au milieu de juin, écoulement de liquide amniotique ; la malade affirme, d'une façon très précise, qu'elle était au lit, lorsqu'elle sentit un écoulement d'eau par le vagin. En raison de ce fait, et comme bientôt survinrent des hémorrhagies par l'utérus, et que le diagnostic de grossesse utérine fut porté, le médecin appelé fit des tamponnements du vagin. Mais, comme les hémorrhagies persistaient et qu'il survint des douleurs dans l'abdomen, la malade entra dans le service de Mittermaier. On constata, derrière l'utérus, une tumeur du volume du poing.

Laparotomie, à la fin de juillet, à cause du volume de la tumeur, des douleurs abdominales et des hémorrhagies utérines persistantes. La tumeur est formée par la trompe gauche qui présente quelques adhérences. Elle est enlevée. Guérison.

Dans l'hémato-salpinx, débris ovulaires. Cessation des hémorrhagies utérines depuis l'opération.

Cette rupture des membranes est favorisée par une disposition spéciale de l'œuf, ainsi que l'a signalé *Bland Sutton* (1). Au début la môle tubaire est sphérique, mais bientôt adaptant sa forme à celle de sa cavité récep-

(1) BLAND SUTTON. — *British med. Journ.*, 12 nov. 1893.

trice, elle ne tarde pas à devenir ovoïde. La cavité amniotique s'allonge dans le sens du grand axe de la trompe ; de cette particularité, découle pour l'amnios une vulnérabilité excessive. En effet, survienne une contraction tubaire qui violente la paroi ovulaire, ou une hémorrhagie qui en comprime la surface : et la pression se répartissant d'une façon inégale sur la surface interne de ce dernier, de façon à reporter son maximum d'effet sur les pôles du sac amniotique, en provoquera l'éclatement au niveau de l'un de ceux-ci, sinon des deux. La rupture des membranes peut encore être provoquée par un brusque accroissement du contenu ovulaire. Dans des cas exceptionnels, il se produit, sous l'influence de causes inconnues, une hydramnios aiguë, qui devient rapidement une menace pour l'intégrité des membranes : *Pinard* a eu l'occasion d'en observer un cas, rapporté par *Maygrier* dans sa thèse d'agrégation. Mais le plus souvent c'est une hémorrhagie soudaine qui s'effectue dans la cavité de l'œuf. Le sang fait brusquement irruption dans la cavité amniotique, et cette apoplexie intra-ovulaire entraîne presque fatalement l'éclatement des enveloppes.

Suivant les circonstances, le décollement s'opère d'emblée en totalité ou bien il ne se complète que peu à peu, ou enfin il reste définitivement incomplet. L'observation suivante nous fait assister à un décollement en cours d'exécution.

OBSERVATION XXX

ZEDDEL. — *Deutsche medic. Woch.*, 1895, n° 31. — Grossesse tubaire gauche de un à deux mois.

Femme Ha..., 33 ans ; entrée le 12 mai 1891, a eu six

accouchements ; le dernier il y a 3 ans. Fièvre lors de ses dernières couches.

Règles faibles depuis son retour de couches, précédées ordinairement de douleurs hypogastriques.

Dernières règles, le 7 février 1891.

Pas de signes de grossesse.

Au lieu des règles qui auraient dû suivre celles du 7 février, survint sans cause le 10 mars une hémorrhagie qui dura jusqu'à l'entrée de la malade.

Le 1^{er} mai, douleurs analogues aux douleurs de l'accouchement, à gauche ; quelques nausées, vertiges, sueurs froides. Pas de syncope, ni de vomissement.

Ces symptômes reparurent encore plus intenses le 2 mai, mais cédèrent rapidement à une injection de morphine. On n'a pas noté d'expulsion d'une caduque utérine.

Le 12 mai, l'exploration révèle l'existence d'une tumeur qui semble formée par la trompe gauche, et qui dévie légèrement l'utérus à droite. Cette tumeur est modérément tendue, grosse comme un œuf de poule, unie aux organes voisins par de nombreuses adhérences.

Diagnostic : Grossesse tubaire gauche, œuf mort. Laparotomie, le 14 mai 1891. La cavité abdominale est inondée de sang fluide. On enlève les annexes gauches. Guérison.

Examen des pièces. La trompe gauche gravide à une longueur totale de 6 cent. Nulle part, elle ne présente de rupture. La portion utérine de la trompe passe après un court trajet dans le sac fœtal, qui semble formé par tout le reste de la trompe. L'œuf se trouve situé vers l'extrémité utérine, fortement adhérent à la paroi tubaire sur une étendue grande comme une pièce de deux francs.

Ce cas correspondant au premier stade de l'avortement tubaire, dans lequel il ne s'est pas encore produit un décollement complet de l'œuf, mais dans lequel l'orifice abdominal est déjà dilaté par le sang écoulé dans la cavité abdominale. Tandis que le placenta et les membranes sont imprégnés de sang, la cavité de l'œuf n'en contient pas ; cette cavité renferme le fœtus long de 1 cent. 4, dont le

cordon est inséré du milieu de la paroi supérieure du sac ovulaire. D'après les anamnétiques, la mort du fœtus est survenue au bout de 31 jours de grossesse.

C'est en général au début de l'évolution gravidique que s'observe de préférence le décollement complet. A cette période en effet l'œuf n'est rattaché à la paroi tubaire que par des villosités frêles et peu nombreuses, liens fragiles qui n'opposent qu'une résistance illusoire aux agents du décollement ovulaire. L'œuf est alors enveloppé sur toute sa périphérie d'une nappe hémorragique uniforme qui l'isole en totalité.

Plus tard, alors que la formation placentaire, dont l'ébauche apparaît dès le début du second mois, a consolidé les attaches maternelles de l'œuf, le décollement incomplet devient la règle. En effet, les vrilles placentaires assujettissent fortement l'œuf à la paroi maternelle, en plongeant dans les sinus sanguins qui la sillonnent et ces crampons constituent un obstacle sérieux au décollement. Ce dernier est surtout difficile au début de l'organisation du placenta, parce qu'alors les lacs sanguins de l'organe sont réduits à un très faible calibre : beaucoup même ne sont pas encore développés. De plus, lorsqu'il y a expulsion du fœtus, « le placenta cesse de s'accroître » et par conséquent de favoriser son expulsion qui « dépend de son accroissement même (1) ».

A cette première cause physiologique d'adhérence placentaire s'en ajoute une autre qui n'est nullement négligeable. Le plus souvent, en effet, la paroi de la trompe gravide est le siège de processus inflammatoires préexis-

(1) PILLIET. — *Progrès médical*, 7 avril 1894.

tant à la grossesse, qui reçoivent de celle-ci un véritable coup de fouet. Or on sait fort bien que, dans la grossesse utérine, l'endométrite déciduale est une cause majeure d'adhérences placentaires, pouvant aller jusqu'à la fusion des tissus fœtal et maternel. Il est donc légitime de penser que l'inflammation de la muqueuse de la trompe prédispose à la soudure intime des membranes ovulaires avec la paroi tubaire.

Pour toutes les raisons que nous venons de passer en revue, il est aisé de concevoir la difficulté du clivage placentaire, à l'époque où l'avortement atteint son maximum de fréquence; aussi, en règle générale, le décollement ne s'effectue que lambeau par lambeau, et devient ainsi le point de départ d'hémorragies à répétition, qui constituent, ainsi que nous le verrons, l'un des signes caractéristiques de l'avortement incomplet. En pareil cas, l'œuf est refoulé par l'hémorragie vers la paroi tubaire opposée au placenta. D'ordinaire, les caillots qui l'enveloppent soulèvent les membranes, en dessinant sur leur face interne des reliefs plus ou moins saillants, qui correspondent à peu près à ce que *Breus* (1) a décrit sous le nom d'« hématome tubéreux sous chorial ».

Au fur et à mesure que la grossesse avance en âge, les lacs sanguins placentaires s'élargissent progressivement, et selon *Pilliet* (2) « ces lacs finissent théoriquement par ne former qu'une seule nappe liquide entre le tissu maternel et le tissu fœtal », si bien que le « décollement placentaire est un aboutissant normal de

(1) BREUS. — *Das tubérose subchoriale Hæmatom der Decidua*. Leipzig und Wien, 1892.

(2) PILLIET. — *Progrès médical*, 7 avril 1894.

« la gestation complète ». Le décollement redevient donc à nouveau facile à un âge avancé de la grossesse : mais alors l'heure de l'avortement est passée, si bien que ce que nous avons dit précédemment de la fréquence de l'avortement incomplet reste vrai.

Quelquefois, le décollement reste définitivement incomplet : il peut même faire totalement défaut.

Ce fait s'observe surtout dans les cas de rupture primitive des membranes, car en pareille circonstance les forces actives du décollement manquent de prise sur un œuf affaissé après rupture. C'est pour une raison analogue que, lors d'insertion vicieuse du placenta dans les grossesses utérines, l'ouverture de l'œuf constitue un traitement préventif du décollement placentaire. Quand l'œuf reste complètement adhérent à la trompe, l'hémorragie peut faire défaut, ou tout au moins elle se réduit à de très faibles proportions.

Lorsque le placenta reste ainsi fortement adhérent à sa surface d'implantation, sans éveiller aucune manifestation symptomatique qui nécessite l'extirpation de la trompe, il peut subir à son aise la dégénérescence régressive. Est-il susceptible, comme l'ont prétendu *Lawson Tait* et *Gubb*, de poursuivre son évolution après la mort du fœtus ? Cela est peu vraisemblable. Il semble bien plutôt que, dans ces conditions, le tissu placentaire, qui continue à végéter en parasite sur la paroi tubaire, ait tendance à la rétraction et à l'atrophie, et que tout travail d'accroissement physiologique ait définitivement cessé dans le placenta, à partir de la mort du produit de conception. Le plus souvent, quand il existe une augmentation de volume apparente du gâteau placentaire,

elle relève de l'adjonction à ce dernier de caillots fibreux. Dans quelques cas, plus rares, elle est due aux dégénérescences variées, qui peuvent frapper les villosités choriales, après l'interruption de la grossesse. Le plus souvent, les villosités sont envahies par la transformation myxomateuse : certaines même deviennent tout à fait hydropiques, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante de Pilliet :

OBSERVATION XX *bis*.

PILLIET. — (*Société de biologie*, 15 avril 1893.) — Les détails de l'observation suivante font penser que le gâteau placentaire était situé non dans l'utérus, mais dans la trompe gauche, qu'il s'agissait en un mot d'un placenta abortif tubaire.

M^{me} D..., 46 ans, 2 grossesses à terme, la dernière à 19 ans ; depuis, une fausse couche, il y a 15 ans, M^{me} D... n'a souffert du ventre, qu'il y a 4 ans, à la suite d'une chute. Examinée pour la première fois, il y a 8 mois, nous constatâmes l'existence, dans le cul de-sac vaginal gauche, d'une tumeur arrondie, douloureuse à la pression vaginale, plus douloureuse à la pression bi-manuelle. Diagnostic : salpingite catarrhale, à cause de l'écoulement nettement muqueux, qui survient parfois comme une poche qui se vide. Les règles, abondantes, n'ont jamais présenté ni caillots, ni membranes. Traitement : douches internes, crayons d'iodoforme. Révulsion dans la fosse iliaque gauche. Depuis lors, le liquide toujours muqueux s'écoule facilement ; la poche a diminué de volume et n'est plus douloureuse à la pression. La malade remarque, depuis les trois dernières époques menstruelles, l'issue de membranes mélangées au sang ; la sortie de ces membranes mélangées au sang coïncide absolument avec l'em-

ploi des crayons intra-utérins, et la diminution des douleurs de la fosse iliaque gauche. L'examen anatomique de ces fragments montre qu'ils sont composés de plaques larges comme une pièce de un franc, d'où se détachent des villosités choriales ramifiées et présentant les renflements sphériques ou ovoïdes, étagés sur le trajet d'une même branche vasculaire, qui caractérisent la môle hydatiforme. Les caillots sanguins renfermaient des villosités en transformation fibreuse.

A côté de la dégénérescence hydatiforme se place la régression fibreuse ; mais nous ne saurions insister plus longtemps sur les métamorphoses variées que subissent les débris ovulaires, car elles sont identiques à celles qu'on observe dans l'avortement utérin. Qu'il nous suffise de mentionner la dégénérescence maligne qui peut frapper les éléments du placenta ou de la caduque retenus dans la cavité maternelle, et qui aboutit à la production de néoplasmes qui ont reçu le nom de déciduomes malins.

Second Temps. — Lorsque l'œuf s'insère à quelque distance des orifices terminaux de la trompe, il est obligé, une fois décollé, de glisser depuis la région de la trompe où il est implanté, jusqu'à l'orifice qu'il doit traverser pour être expulsé hors du canal tubaire. Il en est de même pour le fœtus, lorsqu'il est chassé à travers une déchirure du sac amniotique.

On conçoit déjà *à priori* que la migration ovulaire ou fœtale doit s'effectuer avec d'autant plus de facilité que l'œuf ou le fœtus sont situés plus près de l'une des extrémités tubaires. L'insertion dans les segments terminaux de la trompe est éminemment favorable en effet à la terminaison par avortement. Au contraire, l'œuf implanté dans la région isthmique a besoin de déplisser

une étendue plus ou moins considérable de trompe. Or, bien que la paroi soit assouplie par le ramollissement gravidique, et soit ainsi susceptible d'un certain degré de distension, elle n'est pas toujours assez extensible pour lui livrer passage, surtout lorsque l'œuf est volumineux et n'offre pas une réductibilité suffisante. Ceci est surtout vrai, pour les avortements complets, lorsque la masse ovulaire se déplace en totalité. La traversée tubaire est, par contre, plus facile, lorsque le fœtus est expulsé seul. Il est en effet susceptible de phénomènes de tassement qui l'accommodent à la forme des défilés plus ou moins resserrés qu'il lui faut franchir.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas s'exagérer les difficultés du glissement ovulaire. Car l'observation clinique démontre nettement que l'œuf, même implanté au voisinage de l'ostium utérin, peut fort bien glisser jusqu'à l'orifice du pavillon. *Zeddel* (1) rapporte à cet effet cinq cas, où l'avortement abdominal se produisit, alors que l'œuf était implanté à 6 centimètres au moins du pavillon; l'observation XXIX en est un remarquable exemple :

OBSERVATION XXIX.

ZEDDEL. — (*Deutsche med. Woch.*, 1885, n° 31.) —

Grossesse tubaire droite de un à deux mois.

Femme Fe., 38 ans, entrée le 13 août 1888. Jamais d'anomalies menstruelles.

A eu cinq accouchements, et a fait quatre avortements. Dernier accouchement, le 21 mars 1886. Suites de couches normales.

(1) ZEDDEL. — *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1895, n° 31.

Dernières règles, le 15 juin 1888. — Pas de phénomènes sympathiques gravidiques. Depuis le 27 juillet, hémorrhagies qui persistent jusqu'à maintenant, entrecoupées de quelques rémissions.

Le 15 août 1888, on constate que l'utérus est petit et se trouve à droite. A gauche et en avant, tumeur molle, arrondie, de la grosseur d'un œuf de poule ; derrière elle, l'ovaire. A la suite de l'exploration, fortes douleurs à gauche, qui reparurent le jour suivant, mais cette fois à droite. L'expulsion d'une caduque utérine n'a pas été nettement établie.

Lors de l'opération pratiquée le 17 août 1888, on trouve une tumeur, qui est la trompe gravide du côté droit. L'épiploon et les anses intestinales sont couverts de sang, sorti par l'orifice abdominal de la trompe. On fait l'ablation des annexes droites. — Guérison.

Examen des pièces : La trompe enlevée est fortement dilatée, surtout à son extrémité abdominale. Elle a une longueur de 8 cent. 5, une très grande largeur et une épaisseur de 4 cent. 5 à 5 cent. La portion utérine normale sur une longueur de 1 cent., se dilate ensuite pour former le sac fœtal. Dans le pavillon, dont la largeur atteint 3 cent., se trouve l'œuf intact. Ce fait est d'autant plus intéressant, que le siège d'implantation de l'œuf se trouve nettement dans la portion utérine de la trompe, environ à 7 cent. du pavillon. L'œuf a donc, après son décollement, parcouru la trompe jusqu'à son extrémité abdominale, et se trouve sur le point de tomber dans la cavité péritonéale. Le sac fœtal est rempli d'un caillot sanguin.

Seul l'avortement tubo-utérin exige impérieusement pour se produire que l'œuf se développe au voisinage immédiat de l'ostium utérin.

Dans certains cas, l'œuf en voie de migration intra-tubaire doit lutter contre des inflexions, des coudures de

la paroi, qui gênent sa marche. Il n'en triomphe que s'il est mû par une force assez grande.

Le moment est venu de déterminer la nature de cette force qui pousse l'œuf vers l'orifice de la trompe. Il est probable que la contraction musculaire n'est pas ici entièrement hors de cause ; et dans quelques cas, le péristaltisme tubaire doit certainement suffire à lui seul pour expulser le contenu de la trompe. Mais le plus souvent l'œuf est mécaniquement entraîné par le flot hémorrhagique provenant de son décollement ; et quand le fœtus est expulsé seul à travers une déchirure des membranes, il se trouve balayé par le liquide amniotique, auquel l'hémorrhagie prête alors habituellement son concours. Il en résulte que dans la majorité des cas l'avortement tubaire est un phénomène passif et non actif.

Le liquide sanguin ou amniotique prépare les voies à l'œuf : il lui fraie une route, grâce à la dilatation qu'il impose à la paroi tubaire (observation XXX et observation XXIII), Zeddel (1) a trouvé, dans cinq cas d'avortement abdominal observés par lui, une disposition spéciale de la trompe, qu'il donne comme caractéristique, et qui est due à l'action dilatatrice du sang sur les segments de la trompe respectés par la grossesse : C'est la « forme en sablier ». Le canal tubaire se trouve divisé en deux loges par un diaphragme, qui se produit par le mécanisme suivant : La paroi de la trompe gravide s'hypertrophie d'une façon inégale et atteint sa plus grande épaisseur au niveau des pôles du sac fœtal. Or, quand le sang venant du décollement placentaire et coulant vers l'abdomen trouve quelque résistance au niveau

(1) ZEDDEL. — *Deutsche medic. Wochenschr.*, 1895, n° 31,

du pavillon non dilaté, il distend le segment tubaire intermédiaire à l'ostium et au sac fœtal ; mais cette distension n'intéresse qu'à un très faible degré la zone fortement épaissie qui avoisine l'extrémité du kyste embryonnaire. Aussi, cette région, interposée entre deux portions fortement distendues et amincies, l'une par l'œuf, l'autre par le sang, affecte-t-elle la forme d'un diaphragme, qui cloisonne incomplètement la cavité tubaire, et lui confère cet aspect en sablier, caractéristique selon Zeddel, de l'avortement tubaire. Nous reproduisons ci-dessous, à titre de document, l'un des faits observés par cet auteur.

OBSERVATION XXXI

ZEDDEL. — *Deuts. med. Woch.*, 1895, n° 31. — Grossesse tubaire droite, de 2 mois.

Femme H. . . , 29 ans, a eu deux accouchements.

Il y a 3 ans, fut malade, à la suite de l'absence d'une période menstruelle. Il survint de vives douleurs abdominales, accompagnées d'hémorrhagies tenaces. D'après les renseignements du médecin, il a dû se produire alors une hématocele, si bien qu'on peut penser à une grossesse tubaire dont le produit avait succombé. Un curettage fut suivi d'une aggravation des symptômes.

La guérison ne fut complète qu'au bout d'un an.

Depuis, menstruations irrégulières.

Dernières règles, le 28 octobre 1890.

A partir du 27 novembre, écoulement sanguin.

Le 30 novembre, on trouve l'utérus un peu augmenté de volume, et dévié à gauche.

A droite, derrière lui, se trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, qui, au début, fut prise pour le reliquat de sa maladie antérieure.

Le 2 décembre, expulsion d'une caduque utérine, au milieu de douleurs expultrices.

Laparotomie, le 16 décembre 1890.

L'épiploon et l'intestin sont couverts de sang fluide.

Ablation des annexes droites.

Guérison.

Examen des pièces : La trompe, un peu épaisse dans sa portion utérine, se transforme tout-à-coup en une tumeur allongée, qui entoure l'ovaire, à la façon d'un demi-cercle.

Cette portion dilatée, qui présente un faible sillon en son milieu, mesure un peu plus de 5 cent. de long, sur 2 cent. 2 de large et 2 cent. 4 d'épaisseur. Nulle part on ne trouve de rupture.

Une coupe longitudinale de la pièce montre que la lumière de la trompe dans sa portion utérine non gravide, a son calibre normal.

Le segment tubaire, rempli de sang, est divisé en deux loges, et a l'aspect d'un sablier.

La loge interne correspond seule au sac fœtal.

La cavité externe n'en fait pas partie.

La cavité ovulaire est remplie par un caillot.

On n'a pas trouvé d'embryon.

Si c'est à l'hémorrhagie que revient, comme nous l'avons dit précédemment, le rôle capital dans l'acte de la migration ovulaire, encore faut-il qu'elle remplisse certaines conditions. L'écoulement sanguin, pour accomplir efficacement sa mission, doit s'effectuer avec une certaine lenteur.

De cette façon, il opère plus sûrement la dilatation progressive du canal tubaire, sans menacer la solidité de sa paroi.

S'il survient, au contraire, au cours de la migration de l'œuf, un raptus hémorrhagique trop brusque qui élève soudain la tension tubaire, il risque de faire éclater la

paroi, et complique ainsi le processus abortif initial d'une rupture de la trompe.

Troisième Temps. — Quand l'œuf ou le fœtus se trouvent au niveau de l'orifice terminal de la trompe, ils le franchissent facilement, s'il est suffisamment dilaté : c'est là la dernière étape de l'avortement.

Dans les cas de disproportion légère entre le volume de l'œuf et le calibre de l'orifice tubaire, la masse ovulaire peut encore être expulsée au dehors ; car elle est douée d'une certaine réductibilité, qui lui permet de passer à frottement à travers cette filière. Parfois une partie de la môle s'engage dans la lumière de l'orifice ; mais l'expulsion ne peut se parfaire, et la masse ovulaire, qui fait en partie saillie au-dehors, reste engagée dans l'orifice comme étranglée à son niveau. Les deux observations qui suivent ont trait à des faits de ce genre.

OBSERVATION XXXV

SCHAEFFER. — *Zeits. f. Geb. v. Gyn.*, 1896, Bd XXXIV, p. 348.

D'après les anamnestiques et l'examen objectif, il était aisé de conclure à un avortement tubaire typique. La caduque expulsée représentait un moule exact de l'utérus.

L'œuf, surpris en pleine période d'expulsion, se trouve dans le pavillon de la trompe, comme un gland dans sa cupule. Au niveau de l'extrémité utérine de la trompe, se trouve un épanchement de sang liquide.

OBSERVATION XLIX

MANDL et SCHMIT. — *Archiv. f. Gyn.* Bd. LVI, Hft. 2. —
Avortement tubaire incomplet droit avec hématoçèle.

B. K., 25 ans. IVpare. Entrée le 24 octobre 1895.

Dernières règles, au milieu d'août. Il y a 4 semaines, tout-à-coup vive douleur dans le côté droit du ventre, et depuis 14 jours, hémorrhagie persistante, qui est surtout abondante depuis 8 jours.

Extirpation par laparotomie, le 8 novembre. Guérison.

A 2 cent. de l'utérus, la trompe droite se dilate, pour atteindre le calibre d'un crayon sur une longueur de 2 cent., puis se renfle, sous forme d'une saucisse, en un sac fœtal du volume du pouce, long de 6 cent. 5, qui s'ouvre dans le sac de l'hématoçèle, gros comme une tête d'enfant, par un orifice bordé de franges. A l'intérieur de la trompe, môle sanguine, très adhérente, qui fait hernie, à travers l'ostium abdominal, dans le sac de l'hématoçèle. Celui-ci est rempli de sang.

Dans certains cas enfin, « l'œuf est trop grand, pour
« passer par l'orifice ; la trompe dilatée ressemble alors
« à une amphore sans anses, et l'œuf, bien que libre
« de se mouvoir dans la cavité de la trompe, est aussi
« sûrement emprisonné qu'un pois en bois dans le sifflet
« des enfants. » (Bland Sutton.)

Quelquefois, en pareille circonstance, la nature a recours à un artifice : la poche des eaux se rompt, et le liquide amniotique est évacué.

Le volume de la masse ovulaire subit ainsi une réduction marquée et le fœtus peut être expulsé, suivi ou non du reste de l'œuf.

Dans les cas où l'œuf décollé est retenu en totalité

dans la trompe, il se produit des hémorrhagies récurrentes, qui constituent une menace pour la paroi maternelle.

En effet, une trompe qui a été le théâtre d'un avortement incomplet n'est nullement à l'abri d'une rupture ultérieure, car elle peut se transformer en cavité close par soudure de sa paroi, ou par oblitération de ses orifices par des caillots sanguins. Qu'alors une ou plusieurs hémorrhagies nouvelles surviennent dans la trompe et y créent une pression supérieure à sa résistance, et la rupture sera inévitable. Remarquons en passant qu'inversement l'avortement ne saurait se concevoir à la suite d'une rupture ; car, lors de déchirure tubaire, la brèche pariétale représente une voie de dérivation qui supplante les issues naturelles, et par où s'écoule aisément le contenu de la trompe.

Nous avons suivi l'œuf jusqu'au moment de son expulsion hors de la cavité tubaire. Voyons maintenant ce qu'il devient ensuite.

Sa destinée ultérieure varie suivant que l'avortement est incomplet ou complet.

Dans l'avortement incomplet, le fœtus est chassé le premier dans le péritoine ou dans l'utérus, le placenta restant en général adhérent à la trompe.

Au cours de l'expulsion, le cordon se rompt le plus habituellement, en pareil cas.

Le produit de conception, ayant ainsi perdu toute relation avec la paroi nourricière de la trompe, subit des processus de régression qui varient suivant son âge. Durant les deux premiers mois de la grossesse, la composition de l'embryon est telle qu'il est susceptible de

résorption complète : les expériences de *Léopold* (1) sont nettement concluantes à cet égard. Cet auteur introduisit des embryons de lapins à différents stades de leur évolution dans la cavité péritonale.

Deux jours après l'introduction d'un embryon de 2 cent. 5 de long, il n'en restait plus de traces ; 24 heures après l'introduction d'un embryon de 5 centimètres, on ne trouva plus qu'un amas de débris osseux.

Ces faits expérimentaux expliquent l'absence presque constante du fœtus qui reste presque toujours introuvable au cours des interventions opératoires dans l'avortement tubaire, puisque, sur 61 avortements tubaires rassemblés par *Orthmann*, le fœtus faisait défaut dans 52 cas, soit dans 85,24 % des cas.

Quand la grossesse a dépassé la phase embryonnaire, et que le fœtus n'est plus susceptible de résorption complète, il peut subir soit la momification, soit la macération, processus identiques à ceux de même nom qu'on observe dans la grossesse utérine, et sur lesquels nous n'avons pas à insister ici.

Si la rupture du cordon est le fait habituel dans l'avortement incomplet, elle n'est cependant pas constante. Le fœtus peut rester appendu à son cordon, qui traverse l'orifice tubaire, ainsi qu'en témoigne l'observation suivante de Tuttle.

OBSERVATION XIV

TUTTLE (*Amer. J. of Obst.*, oct. 1891.)

La trompe était dilatée dans sa moitié externe et avait

(1) LÉOPOLD. — *Archiv. f. Gyn.*, 1881. Bd XVIII.

des parois très minces, qui, cependant, n'étaient pas déchirées. Mais du pavillon béant, sortait le placenta, et un fœtus long de deux pouces et demi pendait à un cordon intact.

Si la circulation funiculaire persiste, il est possible que la grossesse continue soit dans la cavité péritonéale, soit dans la cavité utérine, suivant la variété d'avortement.

Nous n'avons pas relevé dans la littérature médicale d'exemples de ce genre. Cependant il est parfaitement avéré que dans certaines ruptures tubaires le fœtus, tombé dans le péritoine, peut, quand il reste en relation avec son placenta, par l'intermédiaire du cordon qui traverse la déchirure, continuer à vivre et à évoluer au sein d'une nouvelle cavité adventice formée par l'agglutination des viscères abdominaux voisins. Rien donc ne s'oppose à l'idée du développement d'une grossesse abdominale secondaire, consécutive à un avortement tubaire, dans lequel l'embryon est tombé dans le péritoine, à travers une rupture du sac ovulaire, et a continué ensuite à se développer aux dépens du placenta tubaire resté en place. Peut-être le même processus peut-il aussi survenir du côté de l'utérus, lors d'avortement tubo-utérin.

Que devient l'œuf dans les avortements complets ?

Lorsqu'il est expulsé intact, il est d'ordinaire enveloppé d'une couche de caillots plus ou moins épais ; on le désigne alors sous le nom de « môle charnue ».

S'il est mort, au moment où il fait irruption dans la cavité péritonéale, le fœtus qu'il renferme subit les diverses phases de la métamorphose régressive, mais

plus lentement que lorsqu'il est expulsé seul et sans enveloppes.

Quand la masse ovulaire glisse dans la cavité utérine, elle est en général rapidement entraînée au-dehors à travers les voies génitales externes, sous les dehors d'un œuf utérin abortif.

Il semble au premier abord que, dans l'avortement complet, l'œuf entièrement désinséré soit voué à une mort fatale ; c'est en effet ce qui est vrai dans l'immense majorité des cas. Cependant n'est-il pas permis de se demander si l'œuf intact ne peut pas survivre à son décollement et si, dans ces conditions, il n'est pas apte à se greffer à nouveau soit sur le péritoine, soit sur la muqueuse utérine ?

La question de la greffe péritonéale secondaire a été discutée au sujet de la rupture tubaire par *Lawson Tait* et *Gubb*. Leur argumentation peut s'appliquer également à l'avortement.

Ces auteurs admettent la réimplantation possible du placenta décollé, sur la séreuse péritonéale. « J'ai vu, » dit *L. Tait*, une trompe rompue, quelques jours après « la rupture, et contenant encore la plus grande partie « du placenta, tandis que les villosités de la portion « expulsée avaient déjà commencé à pousser des prolongements sur l'intestin, la vessie, le fond de l'utérus et « les plis de l'épiploon. Je détachai les villosités de leur « lieu d'insertion, et plusieurs entraînèrent avec elles de « légers fragments de leur lit en laissant des cavités saignantes. *Berry Hart* en a donné la meilleure preuve en « réussissant à injecter un placenta qui avait été expulsé « de la trompe rupturée et avait contracté ces étranges « et exceptionnelles adhérences. »

Gubb de son côté prétend qu' « il n'y a pas de raisons « pour que le placenta fraîchement décollé ne puisse se « créer de nouvelles attaches vasculaires ».

Toutefois cette greffe secondaire doit exiger un concours de circonstances particulièrement favorables. Il faut que le péritoine soit préparé d'avance à recevoir l'œuf : et cette préparation consiste essentiellement en une vascularisation très développée de la séreuse. Or, il est bien rare que la grossesse tubaire ne soit pas accompagnée de lésions péritonéales de voisinage, préexistant à l'état gravidique ou développées de son fait. Fréquemment le cul-de-sac de Douglas est cloisonné par des adhérences qui, par leur entrecroisement, délimitent de véritables nids, à parois richement vascularisées par l'inflammation. L'œuf peut fort bien tomber dans l'un de ceux-ci, y être retenu, et y trouvant un milieu approprié, y poursuivra son évolution, grâce à l'anastomose de ses réseaux chorio-placentaires avec ceux du péritoine enflammé.

Une condition indispensable à la survie de l'œuf, c'est l'établissement rapide des connexions vasculaires qu'il contracte à nouveau. Car ce sont les matériaux nutritifs peu abondants, qu'il a précédemment emmagasinés, qui doivent faire les frais de son entretien, durant tout le temps nécessaire à l'organisation de la greffe.

Nous ne savons pas s'il existe des faits cliniques, répondant à une semblable pathogénie. On conçoit du reste la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité absolue pour le clinicien, de suivre pas à pas les différentes étapes d'un tel processus, ou de reconstituer d'après les pièces anatomiques l'histoire d'une grossesse abdomi-

nale. Il ne peut exister à ce sujet que des présomptions. Mais il est permis de supposer qu'un certain nombre de grossesses abdominales soi-disant primitives, dans lesquelles les trompes sont indemnes de toute rupture, ne sont pas autre chose que des grossesses abdominales secondaires, provenant de grossesses tubaires, qui ont été interrompues par un avortement précoce et ont abouti à une greffe péritonéale de l'œuf abortif.

Si la question de l'implantation abdominale secondaire de l'œuf tubaire reste discutable et discutée, faute de preuves cliniques suffisamment convaincantes, il n'en est plus de même pour le glissement de ce même œuf dans l'utérus et la transformation de la grossesse tubaire en grossesse utérine. De nombreux auteurs ont signalé des faits de ce genre. *Garrigues*, *Mac Burney* (1), *Micudi* (2), *Pappel*, *Spiegelberg*, *Lenox Hodge*, *Elliot* (3), *Grandin* (4), *Emmet*, *Mundé*, *Boldt* (5), en ont publié des exemples. *Garrigues*, à lui seul, en a rapporté dix cas. Nous donnons ci-dessous les faits cliniques observés par *Grandin* et par *Boldt*.

OBSERVATION LVI

GRANDIN (New-York). — *Americ. J. of Obst.*, 1892, p. 27.

Mme B..., mariée, nullipare, ayant toujours été bien

(1) MAC BURNEY, — *New-York Med. J.*, mars 1882.

(2) MICUDI. — *Amer. Journ. of Obst.*, XII, p. 330.

(3) ELLIOT. — *Boston medical*, 1893 (*in Th. Cestan*, Paris, 1894, p. 118).

(4) GRANDIN, EMMET, MUNDÉ, GARRIGUES. — *Amer. J. of Obst.*, 1892, p. 27.

(5) BOLDT. — *Medical News*, 17 avril 1897.

réglée jusqu'au 16 juin passé. Les règles de juillet, qu'elle attendait vers le 14, manquèrent. Quelques jours après, douleurs abdominales, sous forme de coliques, très intenses. L'utérus était en antéflexion, mobile, pas sensiblement élargi. La trompe droite était manifestement dilatée, mobile et située plus bas que normalement. L'auteur porte le diagnostic de grossesse tubaire, lequel fut partagé par le Dr *Cole*, qui l'avait appelé en consultation. On résolut d'appliquer un traitement électrique. Après avoir fait tous les préparatifs pour une laparotomie, en cas de rupture, on se servit d'un courant galvanique de 50 milliam-pères.

Le 31 août, l'exploration montra que l'électricité avait donné des résultats favorables, L'utérus était élargi symétriquement et ramolli à l'extrémité du col. L'auteur porta alors le diagnostic de grossesse utérine.

Le 12 novembre, l'utérus avait encore régulièrement augmenté de volume, et avait les dimensions d'un utérus gravide de 4 mois : c'est le diagnostic qui fut porté.

Il s'agissait donc d'une grossesse extra-utérine, convertie en grossesse utérine. Les faits sur lesquels repose ce diagnostic sont l'histoire de la malade, les renseignements fournis par l'examen objectif, la disparition de la dilatation tubaire, sous l'influence de l'administration d'un courant galvanique, et l'apparition simultanée d'une grossesse utérine.

Ce cas doit, selon l'auteur, trouver sa place à côté de ceux qui ont été déjà signalés par *Mundé*, *Garrigues* et *Emmet*.

OBSERVATION LXI

BOLDT (New-York). — (*Medical News*, 17 avril 1897.)

L'auteur tient pour certain le fait de la transformation possible d'une grossesse interstitielle en une simple grossesse utérine. Il a vu survenir une transformation de ce

genre à la suite de l'application d'un courant galvanique.

L'utérus de sa malade était parfaitement vide, et n'était augmenté de volume que d'une façon insignifiante ; le sac ovulaire s'était développé dans la trompe, tout près du fond de l'utérus ; mais il disparut de là après la quatrième séance électrique et la femme fut accouchée au terme normal par l'auteur. Ce dernier avait employé l'électricité, dans le but de tuer le fœtus.

On conçoit assez aisément que l'œuf détaché de la trompe trouve dans l'utérus un milieu propice à sa réimplantation et à son évolution ultérieure. En effet, dans la grossesse ectopique, l'utérus participe toujours jusqu'à un certain degré au processus gravidique. Sa muqueuse se transforme en caduque ; sa vascularisation s'accroît. Tout est donc prêt pour une greffe ovulaire. En conséquence, nous admettons parfaitement la possibilité de cette dernière.

Que l'expulsion ovulaire ou fœtale ait lieu dans le péritoine ou dans l'utérus, elle est presque constamment accompagnée d'hémorragies plus ou moins copieuses. Très fréquemment, celles-ci se font jour à la fois par l'orifice utérin et par l'orifice abdominal. Dans d'autres cas, elles s'effectuent exclusivement par la voie externe (observ. XXVIII) ou par la voie interne.

Certains auteurs rejettent l'hypothèse de l'origine tubaire des hémorragies qui se font au dehors, du moins pour ces hémorragies tenaces et récidivantes qui survivent à la crise initiale de l'avortement. Selon *Fehling* (1), la source de l'écoulement sanguin se trouve en pareil cas dans la

(1) FEHLING. — *Zeitz f. Geb. u. Gyn.*, 1898. Bd XXXVIII. Hft 1, p. 67.

caduque utérine atteinte d'endométrite et non dans la trompe. Il en trouverait la preuve dans ce fait que, dans tous les cas où il est intervenu par l'opération, il a trouvé le canal tubaire réduit au niveau de son segment utérin à une lumière extrêmement fine, et de plus le sang qu'il trouvait dans la trompe était coagulé.

Nous ne pensons pas que les faits observés par *Fehling* soient décisifs. Le sang fluide d'une part peut en effet traverser sans difficulté un canal de dimensions capillaires ; et si d'autre part, la trompe ne renferme plus que des caillots au moment de l'opération, c'est qu'un temps suffisant pour la coagulation s'est écoulé entre la production de l'écoulement sanguin et le moment de l'intervention.

Il est vraisemblable toutefois que la muqueuse utérine, richement vascularisée dans la grossesse ectopique, peut saigner plus ou moins abondamment et fournir ainsi un sérieux appoint à l'hémorrhagie tubaire ; mais à cela se borne son rôle, et c'est la trompe qui vient au premier rang, comme cause génératrice de l'écoulement sanguin.

Le sang qui s'écoule de la trompe dans le péritoine peut, dans certains cas, conserver sa fluidité pendant un temps assez long ; mais le plus habituellement, il ne tarde pas à se prendre en caillots. Cette différence tient vraisemblablement à l'état du péritoine, au moment où le sang arrive à son contact.

Si la séreuse est normale, et son endothélium de revêtement intact, le liquide sanguin reste liquide, et n'est sollicité à la coagulation que d'une façon tardive, lorsque la présence du sang, faisant fonction d'agent irritant, a éveillé une réaction du péritoine et provoqué des altérations de ce dernier. Lorsqu'au contraire le sang trouve

d'emblée une séreuse enflammée, dépolie, recouverte par places de fausses membranes récentes ou organisées, toutes ces irrégularités de la surface péritonéale deviennent autant de foyers de coagulation, et celle-ci s'effectue pour ainsi dire d'emblée : c'est le cas le plus fréquent.

D'une façon générale, l'hémorrhagie péritonéale est peu abondante dans l'avortement. Elle est, en tous cas, d'une façon en quelque sorte constante, moins importante que dans la rupture de la trompe.

Lorsqu'elle est très faible, elle peut être résorbée rapidement et en totalité par le péritoine. Mais, pour peu qu'elle soit un peu copieuse, la résorption ne s'opère que d'une façon très lente.

Le plus souvent, le sang ne reste pas libre dans la cavité abdominale, mais y subit un processus d'enkystement ; ce dernier exige, pour se réaliser, deux conditions indispensables : d'abord « un état pathologique antérieur de la séreuse » ; et en second lieu, « un écoulement assez lent et à faible pression » (*Cestan*) (1). Ce n'est qu'à ce prix que se constitue l'hématocèle pelvienne.

Or c'est surtout dans l'avortement tubaire que se trouvent remplies ces deux conditions, qui ne sont réalisées qu'à un bien moindre degré dans la rupture de la trompe.

Dans l'avortement, l'écoulement sanguin est en général modéré. De plus, le processus abortif proprement dit est souvent précédé de petites poussées hémorrhagiques prémonitoires qui correspondent au début du décollement ; celles-ci, fusant dans le péritoine, suffisent

(1) CESTAN. — *Thèse Paris*, 1894.

à mettre en jeu ses qualités réactionnelles de défense, et à provoquer ainsi l'organisation de fausses membranes, promesses d'enkystement pour les hémorragies plus copieuses de l'avenir.

Dans la rupture, au contraire, l'hémorrhagie s'effectue d'ordinaire avec une force et une rapidité bien rarement compatibles avec l'organisation d'une coque d'enkystement. Et, comme autrefois on ne concevait guère d'autre terminaison possible de la grossesse tubaire que la rupture, il n'est pas surprenant que *Bernutz* ait refusé absolument aux grossesses tubaires la possibilité de créer une tumeur sanguine enkystée.

L'erreur de cet auteur provenait avant tout d'une fausse interprétation des faits cliniques, et il suffirait, pour rajeunir sa doctrine, de substituer, à la théorie ancienne du reflux intra-péritonéal des écoulements ménorrhagiques ou métrorrhagiques, la notion de l'avortement tubaire, qui était complètement ignorée de son temps : nous pensons en effet que la plupart des faits, invoqués par *Bernutz* à l'appui de sa manière de voir, relèvent de l'avortement tubaire.

Cette discussion nous amène à une conclusion intéressante : à savoir que l'hématocèle pelvienne enkystée, qui est presque toujours sous la dépendance d'une grossesse tubaire, relève le plus habituellement d'une terminaison abortive de celle-ci, et très exceptionnellement d'une rupture de la trompe : autrement dit, *l'avortement tubaire est la cause par excellence de l'hématocèle*. — L'hématocèle est le plus souvent rétro-utérine. Cependant, dans certains cas, le sang se collecte en avant de l'utérus. Enfin il y a parfois coexistence de l'hématocèle rétro-utérine et de l'hématocèle anté-utérine.

Maintenant que nous avons étudié les phases successives de l'avortement, voyons ce que devient la trompe gravide, après l'expulsion totale ou partielle de l'œuf.

Après l'avortement complet, l'orifice tubaire, traversé par la masse ovulaire, se referme. Ses bords mettent plus ou moins longtemps à revenir sur eux-mêmes, suivant le degré de dilatation qu'ils ont subie, et suivant l'hypertrophie plus ou moins grande de la musculature. Quand l'avortement est incomplet et qu'il survient des hémorrhagies à répétition, celles-ci entretiennent l'ouverture des orifices de la trompe qui reste ainsi en communication facile avec les cavités voisines.

A la suite de l'évacuation complète de l'œuf, le contenu tubaire se réduit à un ou plusieurs caillots sanguins qui restent dans la trompe, durant un temps variable. Ces caillots peuvent être expulsés par la contraction tubaire, soit dans le péritoine, soit dans l'utérus ; ou bien ils subissent un travail de désintégration granulo-graisseuse et finissent par être entraînés au dehors par les sécrétions physiologiques de l'organe revenu à son état normal, et en particulier par le sang de l'hémorrhagie menstruelle.

Quand il s'agit d'avortement incomplet, la trompe ne revient que plus lentement à son état normal, après l'évacuation par fragments ou la résorption sur place des débris ovulaires restés dans sa cavité.

Nous ne ferons que signaler les altérations pathologiques, dont la trompe peut devenir le siège, à la suite de l'avortement tubaire. Ce sont d'abord des lésions de salpingite qui se réveillent dans une trompe déjà malade antérieurement, ou qui font leur apparition pour la première fois à la suite de l'avortement. Enfin et plus excep-

tionnellement, les débris de l'œuf peuvent subir une transformation néoplasique et devenir le point de départ de tumeurs, connues sous le nom de déciduomes.

SYMPTOMES ET MARCHÉ

L'avortement tubaire peut être précédé de quelques manifestations prodromiques, ou survenir au milieu d'une santé parfaite en apparence.

Les phénomènes précurseurs, quand ils existent, peuvent être de deux ordres :

Ou bien ce sont les symptômes mêmes de la grossesse ectopique : troubles menstruels, syndrome réflexe de l'état gravidique en général.

Ou bien ce sont les signes avant-coureurs de l'avortement : ceux-ci correspondent en général à la mort de l'œuf, qui, ainsi que nous le savons, ouvre si fréquemment la scène morbide. Cette mort se traduit souvent par des hémorragies, qui en constituent même, d'après *Léopold*, un symptôme constant, et qui, selon ce même auteur, ne se produiraient pas, tant que l'embryon vit. Toutefois *Brosin* (1) prétend que le diagnostic de mort du fœtus ne saurait être établi d'une façon certaine d'après l'hémorragie utérine, car il a trouvé dans un cas un fœtus vivant, bien que la femme perdît du sang depuis plusieurs semaines. Ce fait ne saurait du reste infirmer les données de *Léopold*, qui se vérifient dans l'immense majorité des cas.

Quoi qu'il en soit, voici comment se passent ordinairement les choses, dans l'avortement. Après une pé-

(1) BROSIN. — *Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 171.

riode d'aménorrhée de durée variable, qui le plus souvent n'excède guère cinq à six semaines, la femme est prise de pertes sanguines atypiques, accompagnées de douleurs abdominales. C'est à ces deux accidents capitaux : douleur et hémorrhagie, que se ramène pour ainsi dire toute la symptomatologie rationnelle de l'avortement tubaire. Tantôt ils éclatent en même temps, tantôt ils surviennent isolément, et lorsqu'ils co-existent, ils sont associés en proportions variables.

Les douleurs ont leur siège d'élection dans la région latérale de l'hypogastre qui correspond à la trompe gravide : de là elles irradiant vers les lombes et vers les membres inférieurs. Elles atteignent fréquemment une très grande intensité. Revenant le plus souvent sous forme de crises paroxystiques, elles s'installent parfois à l'état de permanence, et deviennent une véritable torture pour les malades.

Les phénomènes douloureux sont attribués par les uns aux contractions péristaltiques de la trompe, capables d'entraîner à leur tour la mise en branle synergique de la contraction utérine, par les autres aux poussées péritonitiques provoquées par le sang qui tombe du pavillon de la trompe sur la séreuse. Nous ne saurions accepter la théorie de *Martin* et *Fehling* (1) qui soutiennent que les douleurs sont dues aux contractions du rectum, emprisonné au milieu de l'hématocèle, et gêné dans sa mobilité par des brides inflammatoires et des adhérences. Nous admettons plus volontiers les deux premières hypothèses, qui contiennent vraisemblablement chacune une part de vérité, et méritent d'être prises en égale considération.

(1) FEHLING. — *Zeits. f. Geb.v. Gyn.*, 1898. Bd XXXIII, Hft. 1.

L'hémorrhagie de l'avortement tubaire peut, nous le savons, se faire jour au dehors par les voies génitales externes, et vers l'abdomen par l'ostium du pavillon. Les écoulements externe et interne peuvent co-exister : c'est même assez fréquemment le cas.

Le plus habituellement, l'écoulement sanguin est modéré ; en tous cas, on n'a jamais observé (*Fehling*) (1), au cours de l'avortement, d'hémorrhagie foudroyante, amenant la mort en quelques heures, et cet accident terrible reste le privilège exclusif de la rupture. Ce fait s'explique aisément. L'hémorrhagie de l'avortement provient en effet exclusivement du décollement placentaire, tandis que dans la rupture à cette première cause d'écoulement sanguin s'ajoute le saignement des lèvres mêmes de la déchirure. De plus si la contraction de la musculeuse tubaire maîtrise assez aisément l'hémorrhagie liée au clivage placentaire, elle n'arrive que très difficilement à enrayer l'hémorrhagie de la déchirure, contre laquelle la nature ne dispose le plus souvent que d'agents d'hémostase spontanée bien insuffisants.

Si, en règle générale, l'hémorrhagie est peu abondante d'emblée, dans l'avortement, en revanche elle se répète d'une façon presque constante sous forme de crises successives : et si la malade peut parfois atteindre à un haut degré d'anémie, elle ne s'y achemine en général qu'à travers une série d'hémorrhagies récidivantes, multiples. L'état de déglobulisation est alors commandé, non par l'abondance d'un flux hémorrhagique unique, mais bien par la récurrence des pertes sanguines, qui, trop rapprochées, ne laissent pas au tissu hématique le temps

(1) FEHLING. — *Loc. cit.*

matériellement nécessaire à sa régénération. En d'autres termes, l'avortement tubaire peut créer un état d'anémie subaiguë, mais non d'anémie aiguë.

L'anémie, liée à l'avortement tubaire, a si bien coutume de s'installer lentement que la plupart des auteurs, et Zeddel (1) entre autres, veulent voir là un symptôme caractéristique de l'affection.

Quand l'hémorrhagie se fait au dehors, elle en impose fréquemment pour un écoulement ménorrhagique, et lorsqu'elle survient après une suspension menstruelle de quelques semaines, elle peut faire penser à l'avortement utérin. L'exploration objective est alors, ainsi que nous le verrons plus loin, d'un grand secours, pour préciser la source et la nature de l'écoulement sanguin.

Lorsqu'il y a hémorrhagie péritonéale, les accidents revêtent toujours une gravité plus grande que dans le cas d'hémorrhagie externe simple. Alors survient un cortège d'accidents, dont les uns relèvent de la déperdition sanguine elle-même, et les autres de la réaction péritonéale éveillée par le sang au contact de la séreuse. Ce sont surtout des tendances lipothymiques, de la pâleur, de l'accélération et de la petitesse du pouls, des nausées et des vomissements. Toutes ces manifestations n'atteignent d'ordinaire qu'un faible degré, et parfois même ne font que s'ébaucher, s'effaçant presque complètement devant l'intensité de la douleur, qui bien souvent domine toute l'évolution morbide.

Donc, dans la majorité des avortements tubaires, rien qui rappelle le syndrome ordinairement si dramatique de la rupture.

(1) ZEDDEL. — *Deutsche medicin. Woch.*, 1895, n° 32.

Il s'en faut d'ailleurs que la gravité des accidents soit toujours en rapport avec la quantité de sang versée dans le péritoine.

Dans certains cas, malgré une perte abondante, les réactions restent modérées ; et une hémorrhagie péritonéale relativement considérable reste presque silencieuse, se traduisant simplement par quelques malaises vagues, qui n'obligent pas la femme à s'aliter. D'autres fois, au contraire, un écoulement sanguin insignifiant entraîne un état général très alarmant, et l'on a rapporté des faits (1), où la laparotomie pratiquée pour une hémorrhagie que l'on avait toutes raisons de croire très importante, de par la gravité des symptômes généraux, n'aboutissait qu'à la découverte de quelques grammes de sang, une cuillerée à bouche à peine.

Des faits de ce genre sont l'apanage exclusif des malades douées d'une impressionnabilité excessive, chez lesquelles la moindre hémorrhagie sert de prétexte au déchaînement des réactions nerveuses les plus variées, surtout quand il s'y joint un choc péritonéal, si faible soit-il. Chaque fois qu'il ne se produit pas d'hypothermie durable (36° et au-dessous), et de décoloration persistante des téguments et des muqueuses, on sera autorisé à mettre la gravité apparente des accidents sur le compte d'un nervosisme exagéré.

L'avortement tubaire s'accompagne assez souvent de l'expulsion d'une caduque utérine, qui peut être entraînée en totalité, reproduisant alors un moule parfait de la cavité utérine ou n'être rejetée que par lambeaux de dimensions variables.

(1) BOUILLY. — *La Gynécologie*, février 1898.

Cette caduque est plus épaisse que dans la grossesse normale. Quelquefois elle occupe le centre d'un caillot qui peut simuler grossièrement un œuf.

Dans le cas particulier d'un avortement tubo-utérin, le rejet de la caduque est suivi de l'expulsion par les voies génitales, tantôt d'une môle charnue, c'est-à-dire d'un œuf complet enveloppé de caillots, tantôt d'un fœtus ou tout au moins de débris fœtaux, accompagnés ou non de lambeaux de membranes ovulaires.

C'est l'examen objectif qui fournit les renseignements les plus précieux, ou qui, en tous cas, vient éclairer d'une vive lumière les accidents généraux, dont la cause exacte ne saurait être déterminée sans son aide.

L'utérus est légèrement ramolli et augmenté de volume. A côté de lui se trouve une tumeur ovulaire occupant l'un des culs-de-sac latéraux, habituellement allongée, et de consistance plus ou moins dure. Cette tumeur n'est autre que la trompe augmentée de volume. Sa dureté est liée à l'hémorrhagie qui s'est produite dans sa cavité et a amené sa distension par des caillots.

Son volume varie avec l'âge de la grossesse. D'après *Smolski* (1), voici quel serait le volume du kyste fœtal durant les premiers mois :

Au 2 ^e mois, il aurait le volume d'un œuf de pigeon.	
A la fin du 2 ^e mois	— d'une noix de Galle.
A 2 mois et demi	— d'un œuf de poule.
A 3 mois	— du poing.
A 4 mois	— des deux poings.

Lorsque l'avortement est complètement terminé, la tumeur tubaire doit s'affaïsser, et la trompe reprendre à

(1) SMOLSKI. — *In thèse Gauthier*, Paris, 1893.

peu près son volume normal ; mais il est rare qu'elle revienne entièrement à son calibre primitif, car l'œuf laisse en général derrière lui des caillots, qui continuent à la distendre plus ou moins.

Le plus habituellement, le toucher révèle en outre l'existence, dans le cul-de-sac de Douglas, d'une hémato-cèle plus ou moins volumineuse. S'il s'agit d'hémato-cèle anté-utérine, c'est naturellement dans le cul-de-sac vésico-utérin que le doigt explorateur percevra la collection sanguine.

Il se peut qu'à un premier examen, très rapproché du début de l'avortement, il n'existe aucun signe net de collection enkystée. C'est qu'en effet le sang peut rester liquide pendant un certain temps dans le péritoine. Or il ne devient appréciable que lorsqu'il se prend en caillots.

« A l'état liquide, dit Bouilly (1), il ne serait perceptible que s'il se formait, au-dessus de lui, une espèce de voûte, de dôme. Ce faux enkystement ne se produit que tardivement. Or si le sang ne se coagule pas, si cette espèce de plan résistant ne s'organise pas, les signes d'épanchement peuvent faire constamment défaut. »

Dans certains cas, on peut suivre pas à pas les progrès de l'hématocèle, et constater, à chaque poussée hémorragique, l'augmentation de volume de la collection péritonéale.

Nous venons de décrire le type classique de l'avortement tubaire ; mais il s'en faut que cet accident évolue

(1) BOUILLY. — *Loc. cit.*

toujours au milieu de symptômes aussi nettement caractérisés.

Dans certains avortements précoces, lorsque la grossesse ectopique est interrompue au bout de 3 à 4 semaines de son évolution, ou plus tôt encore, les accidents sont si peu nets, qu'ils passent inaperçus, ou du moins leur véritable nature reste méconnue.

Tantôt tout le complexe clinique se borne à une métrorrhagie, tantôt il se réduit à quelques douleurs abdominales. L'hémorrhagie externe, lorsqu'elle se produit, constitue un guide précieux, qui peut mettre sur la voie du diagnostic ; et encore bien souvent alors incrimine-t-on l'utérus, qui passe pour le vrai coupable.

Quand l'avortement se résume en une hémorrhagie interne de faible importance, la malade, à moins d'excitabilité nerveuse excessive, ne réagit que par une faible poussée douloureuse, l'état général n'étant nullement impressionné par une perte sanguine insignifiante, qui ne peut avoir aucun retentissement sérieux sur lui ; et le péritoine tolérant ne traduit sa souffrance que par une phénoménalité des plus obscures. Le diagnostic reste alors très difficile, sinon impossible. Nous avons la conviction qu'un grand nombre d'avortements tubaires des toutes premières semaines restent méconnus, et que certains accidents abdominaux, qui sont taxés au hasard de troubles dysménorrhéiques ou qui sont pris pour des avortements utérins, relèvent en réalité de l'avortement tubaire.

MARCHE. — La marche de l'avortement varie, suivant qu'il est complet ou incomplet.

L'avortement complet évolue rapidement. Toute son

histoire se résume d'ordinaire en une crise unique. Les phénomènes, moins tapageurs en général que ceux de la rupture tubaire, s'atténuent assez rapidement et ne laissent derrière eux, comme vestige de leur existence éphémère, qu'une hématocele souvent à peine marquée, qui le plus habituellement évolue assez rapidement vers la guérison.

Toute différente est la marche de l'avortement incomplet. Ce dernier évolue par crises successives, qui se répètent, tant qu'il reste un débris ovulaire appendu à la paroi de la trompe. Aussi traîne-t-il en longueur ; il renaît constamment de ses cendres, et l'intervention opératoire devient vite nécessaire pour mettre un terme à ses incessantes récides, qui finissent par porter une grave atteinte à la santé générale de la femme, et par la plonger dans un état d'anémie inquiétant.

Nous ne saurions mieux faire, pour compléter notre étude symptomatologique et pour faire nettement ressortir l'évolution différente de l'avortement complet et de l'avortement incomplet, que de rapporter les deux observations suivantes, empruntées à *Muret*.

OBSERVATION LI.

MURET. — (*Rev. de Gynéc. et de Chir. abd.*, 1898, II, p. 197.)

— Avortement tubaire complet.

M^{me} D..., 22 ans, à Lausanne, a toujours été bien portante ; elle a eu un accouchement normal en 1892 et une fausse couche de deux mois en 1893 avec curage de l'utérus. En octobre 1893, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre et les reins. Je constate une rétroflexion de l'utérus

avec brides paramétritiques du côté gauche, tandis que les annexes sont normales. Après un traitement préparatoire, je réussis à redresser l'utérus et à le maintenir en antéflexion à l'aide d'un anneau de Hodge. Je revois la malade le 3 janvier 1894, elle n'a plus l'anneau ; les règles, toujours régulières auparavant, ne sont pas revenues depuis le 25 novembre 1893 et la malade se croit enceinte. Je constate la présence de colostrum très clair dans les seins ; l'utérus, augmenté de volume, se trouve en rétrodextroflexion ; le col est un peu ramolli ; la trompe gauche, un peu dure et plus grosse qu'auparavant, paraît tuméfiée dans sa partie périphérique. Le diagnostic probable est celui d'une grossesse au début avec possibilité du siège de la grossesse dans la trompe gauche.

6 janvier 1894. — La malade a eu aujourd'hui, du côté gauche du bas-ventre, des douleurs qui portaient des reins et se dirigeaient en avant. En même temps, elle a perdu quelques mucosités sanguinolentes. L'utérus est toujours rétrofléchi, l'orifice externe est entr'ouvert ; la trompe gauche forme un corps allongé transversalement, du volume d'un gros crayon, elle est dure et douloureuse à la pression. L'état général est très satisfaisant, pas de signe d'anémie ou d'hémorrhagie interne. Diagnostic : avortement utérin ou tubaire imminent.

8 janvier. — La malade a expulsé une membrane épaisse, triangulaire, formant un moulage de la cavité utérine. La surface externe en est rugueuse, la surface interne est plus lisse et présente quelques petites ouvertures glandulaires ; pas d'amnios, pas de villosités de chorion. L'examen histologique (prof. Stilling) montre qu'il s'agit d'une vraie caduque.

Les douleurs du côté gauche persistent avec un caractère intermittent, la malade se sent un peu faible et a quelques nausées. Léger écoulement de sang par le vagin.

10 janvier. — La malade va bien, elle accuse seulement, par-ci, par-là, quelques légères douleurs dans le bas-ventre. Au toucher, l'utérus est en rétroflexion, l'orifice externe

est encore un peu ouvert, mais le col ne laisse pas pénétrer le doigt. A gauche, en arrière, on constate une petite tuméfaction allongée et douloureuse, qui se prolonge dans le cul-de-sac de Douglas avec une extrémité analogue au bout du petit doigt.

13 janvier. — Va bien, ne perd plus du tout.

17 janvier. — Utérus en rétroflexion : le cul-de-sac de Douglas est tout à fait vide ; la trompe gauche ne présente plus aucun épaissement, l'ovaire est nettement palpable à une certaine distance de l'utérus.

La malade se lève les jours suivants ; les règles réapparaissent assez fortement le 29 janvier. Dès lors, la malade s'est bien portée, et elle a eu plus tard deux enfants à terme.

« En résumé, la malade de cette observation voit ses règles, jusqu'alors régulières, s'arrêter, et l'on constate chez elle quelques-uns des signes de la grossesse : non seulement l'utérus est augmenté de volume, mais la trompe gauche, reconnue normale quelque temps auparavant, présente une tuméfaction. La malade accuse tout à coup des douleurs correspondant à cette trompe, et elle expulse une caduque utérine sans villosités chorionales ; en même temps, il se forme dans la poche de Douglas, une petite tuméfaction nouvelle en rapport avec la trompe : celle-ci revient rapidement à son état normal et la tuméfaction disparaît également. Ces phénomènes ne sont pas accompagnés de fièvre et n'ont aucun caractère inflammatoire. L'explication la plus naturelle de ce syndrome clinique consiste à admettre l'existence d'une grossesse de la trompe gauche, qui s'est terminée prématurément, après quelques semaines, par l'expulsion de l'œuf en totalité dans la cavité abdo-

minale, où il s'est formé une petite hématocele rapidement résorbée ». — (Muret.)

OBSERVATION LII

MURET. — (*Rev. de Gynéc. et de Chir. abd.*, 1898, n° 2, p. 200.)
— Avortement tubaire incomplet.

M^{me} D..., repasseuse à Lausanne, se présente le 3 juillet 1896 à ma consultation ; elle se plaint de maux de reins et de pertes sanguinolentes qui durent depuis le commencement de juin, de vertiges, d'évanouissements et d'une envie continuelle de dormir. Les dernières règles normales ont eu lieu au commencement de mai ; dès lors, le ventre a augmenté de volume.

Les règles sont, en général, régulières, peu abondantes et durent deux jours. La malade a eu cinq enfants, et une fausse couche il y a sept mois. M^{me} D..., de taille moyenne, assez grasse, est pâle et a l'air souffrant. Le ventre n'est pas ballonné ni tendu, et ne présente rien d'anormal à la palpation et à la percussion. Léger prolapsus vaginal ; la portion vaginale, très volumineuse et ramollie, présente une érosion simple assez étendue. L'utérus, en rétroversion, est un peu gros, le cul-de-sac postérieur très douloureux à la pression : pas d'exsudation ni de tumeur. Je prescris le repos du lit, des injections vaginales et de la codéine.

10 juillet. — La malade a continué à travailler et ne s'est pas soignée. Elle est très pâle et souffre beaucoup ; elle accuse de violentes douleurs dans les reins et le bas ventre. Pas de fièvre. Derrière l'utérus, je constate une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, excessivement douloureuse à la pression. Je diagnostique un hématosalpinx avec périsalpingite et j'envoie la malade à l'hôpital. Elle n'y reste que trois jours, après quoi elle se sauve pour aller rejoindre ses enfants dans un village voisin. Quelques

jours plus tard elle recommence à perdre du sang et ressent de violentes douleurs dans les reins et dans le côté droit du ventre. Elle descend en ville et je la vois le même jour. Elle est très pâle, a très mauvaise mine, mais pas de fièvre. La palpation du ventre permet de constater dans la fosse iliaque droite une tuméfaction douloureuse à la pression. Au toucher vaginal, l'utérus est repoussé en avant et en haut immédiatement en arrière de la symphyse par une tumeur fortement tendue qui remplit une grande partie de la poche de Douglas et remonte jusque dans la fosse iliaque droite, elle dépasse en haut le fond de l'utérus et offre le volume des deux poings réunis. A gauche, les annexes sont légèrement épaissies. Une ponction exploratrice faite à travers le cul-de sac postérieur montre que le contenu de la tumeur est du sang noir liquide. Repos au lit et glace sur le ventre, opium.

Le 23 juillet, la malade entre dans ma clinique dans un état relativement satisfaisant. Le 25, fortes douleurs dans le bas-ventre sans fièvre, sensation de faiblesse, pouls petit et rapide, l'hématocèle a encore grandi et je constate de la matité dans les deux régions latérales du ventre. Diagnostic : avortement tubaire incomplet avec hématocèle.

Le 29 juillet, je pratique la laparotomie. Narcose à l'éther. Après l'ouverture du péritoine, il s'écoule de la cavité abdominale une petite quantité de sang. En écartant l'épiploon et les intestins, je trouve à droite et en arrière de la symphyse pubienne une tumeur de couleur bleu foncé limitée en avant par le fond de l'utérus et en arrière par le mésentère. A droite, la trompe décrit depuis son insertion utérine une courbe à concavité interne au-dessus de la tumeur avec laquelle elle est adhérente et dans laquelle elle va disparaître en arrière avec son extrémité abdominale. A cet endroit, la trompe, qui est normale dans sa partie antérieure, présente un épaississement notable. Comme l'hématocèle ne se laisse pas énucléer, je la crève au niveau de sa surface supérieure et j'enlève de sa cavité une grande quantité de caillots de sang noir ; la cavité de

L'hématocèle s'étend en arrière de l'utérus jusqu'au fond de la poche de Douglas. Je saisis ensuite la trompe droite et je lie au dessous d'elle le ligament large en plusieurs segments dès l'utérus jusqu'à l'extrémité abdominale qui plonge dans l'hématocèle. Le ligament large est sectionné au-dessus des ligatures et la trompe enlevée avec l'ovaire. Drainage par le cul-de-sac de Douglas.

Après l'opération, le pouls est petit et très rapide: piqûres de camphre et de caféine, injections sous-cutanées d'eau salée. Quelques heures plus tard, l'état de la malade s'est amélioré sensiblement.

Les suites opératoires sont d'abord simples: le cinquième jour, je place dans l'orifice du cul-de-sac vaginal postérieur un gros tube à drainage, à la place de la gaze iodoformée, placée au moment de l'opération. Dès le sixième, phlegmon des parois abdominales; plus tard, fistule recto-vaginale, causée par la pression du tube à drainage; la fistule se ferme spontanément en quelques jours. La malade quitte la clinique le 15 août, tout à fait guérie. Dès lors, elle s'est bien portée.

Eramen macroscopique des pièces. — Il s'agit de la trompe droite avec un ovaire kystique et des lambeaux d'adhérences provenant des parois de l'hématocèle. La trompe forme une tumeur ovoïde avec une extrémité allongée et mince qui représente le segment normal du côté de l'utérus: ce segment, d'une longueur de 2 cent. environ, s'élargit rapidement pour former le sac tubaire dont les dimensions, après durcissement dans l'alcool, sont les suivantes: longueur 3 cent. 5, largeur 2 cent. 5, épaisseur 2 cent. L'extrémité abdominale est largement ouverte et présente un orifice arrondi à travers lequel sort un caillot de sang épais et dur; les bords de cet orifice présentent une surface de section très nette, et cette configuration est évidemment due au fait qu'au cours de l'opération, la partie périphérique de la trompe est restée dans l'abdomen, et que la trompe a été sectionnée à ce niveau. Les parois de la trompe sont, à part cela, parfaitement intactes; sa sur-

face est recouverte d'adhérences et de pseudo-membranes.

Une coupe longitudinale divise le sac tubaire en deux parties, dont l'une conserve le petit moignon tubaire le plus rapproché de l'utérus ; ce segment présente une cavité et des parois tout à fait normales. La trompe se dilate ensuite brusquement pour former une cavité à parois parallèles que remplit complètement le caillot sanguin. Celui-ci s'insère nettement à la paroi du sac épaissie à ce niveau. La surface d'insertion, marquée par une ligne blanchâtre, a une étendue d'un centimètre environ. Partout ailleurs le caillot ne présente aucune adhérence avec la paroi tubaire qui n'est amincie nulle part.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'avortement tubaire repose sur la triade symptomatique suivante : hémorrhagie des voies génitales, douleurs abdominales, tumeur tubaire qui disparaît en général quand l'avortement est terminé.

Mais aucun de ces phénomènes ne revêt un caractère qui puisse être donné comme pathognomonique de l'affection en question.

Si de plus on songe que fréquemment le tableau clinique précédent reste incomplet, on se convaincra aisément des difficultés souvent extrêmes du diagnostic de l'avortement tubaire. La plupart des auteurs conviennent qu'en pareille matière on ne peut guère atteindre qu'à une très grande probabilité, dans l'immense majorité des faits.

La délicatesse du diagnostic varie d'ailleurs suivant les circonstances, et, à cet égard, il importe de distinguer deux ordres de cas : ou bien le diagnostic de grossesse tubaire est déjà établi, avant l'apparition des manifestations propres à l'avortement ; ou bien cette même grossesse a passé complètement inaperçue, et les accidents éclatent au milieu d'une santé parfaite, sans qu'on puisse d'emblée les attribuer à la trompe gravide.

Premier cas. — La grossesse tubaire a été reconnue avant l'avortement.

Le diagnostic est alors assez simple ; il est en effet facile de rapporter à leur véritable source les accidents

observés, et le problème se réduit à déterminer la nature précise de ceux-ci. Ne sont-ils qu'un simple incident surajouté à la grossesse qui se poursuit dans la trompe, ou bien correspondent-ils à son interruption par rupture ou par avortement ?

La première hypothèse mérite d'autant mieux la discussion, que fréquemment la grossesse extra-utérine s'accompagne de poussées péritonitiques ou d'hémorragies externes, qui ne constituent qu'un épiphénomène de l'évolution gravide, et n'apportent aucune entrave à sa marche régulière.

Quand les crises douloureuses ou les hémorragies n'ont qu'une courte durée, que d'autre part il ne se produit pas de signes nets d'hémorragie interne, et que surtout enfin la tumeur gravide continue à progresser d'une façon régulière, sans qu'il existe aucun symptôme d'hématocèle, on est en droit de penser que la grossesse continue son cours, et qu'il ne s'agit que de troubles contingents, greffés sur elle à titre d'accidents passagers.

Dans le cas au contraire, où les signes inverses rendent l'interruption de la grossesse non douteuse, il faut déterminer si l'on a affaire à un avortement ou à une rupture de la trompe.

A part les cas d'avortement tubo-utérin, où le diagnostic saute aux yeux, la différenciation de la rupture intra-péritonéale et de l'avortement ne peut prétendre que bien rarement à une certitude absolue. Les symptômes, étant les mêmes dans les deux cas, ne diffèrent en effet que par l'intensité. D'une façon générale, très accentués dans la rupture, ils n'atteignent qu'un faible degré dans l'avortement.

Il est vrai que parfois, dans les ruptures très petites,

ils sont des plus atténués, et peuvent laisser croire à un simple avortement.

Inversement, l'avortement tubaire peut dans certaines circonstances engendrer un complexe symptomatique qui en impose pour une rupture ; mais des faits de ce genre constituent la grande exception.

Dans les cas où l'avortement s'accompagne d'accidents sérieux, il est encore possible de par l'évolution des symptômes de trancher la difficulté, d'une façon au moins approximative.

Quand la gravité de l'avortement ne relève que de l'exagération du péritonisme, c'est une gravité tout éphémère, et l'atténuation rapide des manifestations cliniques lève bien vite les doutes. Lorsque c'est l'abondance de l'hémorrhagie qui imprime à la marche du processus abortif un cachet de sévérité anormal, la nature réelle de l'accident se dévoile par l'installation lente des phénomènes d'anémie, qui contraste avec leur brusque explosion dans la rupture ; nous savons en effet que l'avortement n'engendre un état d'anémie alarmant que par la répétition d'hémorrhagies successives survenant à échéances trop rapprochées.

Du reste, pour le dire en passant, dans les cas équivoques, où le diagnostic reste en suspens, la confusion ne saurait avoir aucune conséquence fâcheuse : car, en pareille circonstance, la thérapeutique ne doit s'inspirer que de la gravité des phénomènes ; et l'avortement à symptômes tapageurs commande aussi impérieusement l'intervention opératoire que la rupture elle-même.

Si, dans la majorité des cas, la rupture intra-péritonéale se différencie assez nettement de l'avortement, il n'en est plus de même de la rupture intra-ligamentaire de

la trompe gravide. Ce dernier accident entraîne un cortège symptomatique presque identique à celui de l'avortement. Seul le toucher peut les différencier.

Dans le premier cas, le sang provenant de la déchirure de la trompe s'accumule dans l'épaisseur du ligament large, et se laisse enkyster entre les deux feuillets de ce dernier. Cet hématome intra-ligamentaire forme une tumeur bien limitée, située latéralement par rapport à l'utérus qu'elle refoule du côté opposé, tandis que, dans l'avortement, l'hémorrhagie intra-péritonéale se collecte surtout dans le cul-de-sac de Douglas, donnant naissance à une hématocele diffuse.

Second cas. — La grossesse tubaire reste ignorée jusqu'à l'apparition des accidents abortifs. C'est là le cas de beaucoup le plus habituel. En effet, cette grossesse évolue fréquemment d'une façon insidieuse. La suppression des règles et loin d'avoir ici la même constance que dans la grossesse utérine : de plus, les signes rationnels sont d'ordinaire peu accusés. Très souvent, surtout au début, il n'existe ni malaises ni douleurs abdominales, si bien que c'est au milieu d'un silence symptomatique absolu que se déroulent les premiers stades de l'évolution gravidique tubaire. Seul l'examen objectif, pratiqué incidemment, serait capable de dénoncer l'existence de cette grossesse ectopique qui se poursuit à bas bruit et sans aucune réaction révélatrice. Dans ces cas de grossesse méconnue, les difficultés du diagnostic de l'avortement tubaire sont très grandes. Elles sont, du reste, très différentes, selon qu'il s'agit d'avortement tubo-utérin ou d'avortement tubo-abdominal.

a) *Avortement tubo-utérin.* — Quand l'œuf ou le fœtus est expulsé hors des voies génitales, le diagnostic d'avortement s'impose.

La seule difficulté consiste alors à différencier l'avortement tubaire de l'avortement utérin. Cette distinction est souvent très délicate, d'autant plus que, à moins de circonstances toutes spéciales, il est exceptionnel qu'on songe alors à l'avortement tubaire. Cependant le diagnostic peut être établi de la façon suivante. Déjà, dans certains cas au moins, la gravité relative des symptômes pourrait peut-être constituer un signe de présomption en faveur d'un avortement tubaire. Car, le plus habituellement, alors même que l'œuf glisse dans l'utérus, le sang provenant du décollement du placenta tubaire fuse en partie vers l'ostium abdominal, et, tombant sur le péritoine, provoque de la part de ce dernier une réaction assez intense, qui dramatise plus ou moins la scène clinique.

Quand la sortie de l'œuf ou du fœtus est *précédée* de l'expulsion d'une caduque utérine complète, celle-ci éclaire singulièrement le diagnostic, et suffit à écarter l'idée d'avortement utérin, et à mettre sur la vraie piste.

L'exploration objective est alors un excellent moyen de contrôle, auquel il faut du reste toujours recourir. C'est même souvent le seul procédé d'investigation qui permette d'éviter la confusion entre l'avortement utérin et l'avortement tubaire. A part les signes d'hématocèle, qui sont susceptibles de se produire dans l'avortement tubo-utérin, et que permet de constater le toucher, ce dernier révèle surtout l'existence de la tumeur juxta-utérine, qui correspond à la trompe gravide. Les sensations fournies par cette dernière sont différentes suivant

les stades du processus abortif. Tout au début, son volume est en rapport avec l'âge de la grossesse. Une fois que le produit de conception est évacué, la trompe s'affaisse. Toutefois elle peut se trouver encore distendue par des caillots, qui ne disparaissent que lentement, si bien que le retour de la trompe à son état normal ne s'effectue qu'au bout d'un temps plus ou moins long.

Quelquefois ce n'est que la marche traînante des accidents qui éveille pour la première fois les soupçons et fait douter de la réalité d'un avortement utérin proprement dit. La persistance des hémorrhagies en particulier amène à une intervention opératoire : curage digital ou curettage de l'utérus : mais celle-ci ne donne aucun résultat, et le doigt ou la curette ne ramène aucun débris ovulaire. L'attention se trouve dès lors éveillée, et si l'on pratique une minutieuse exploration de toute la zone génitale; on ne tarde pas à rencontrer près de l'utérus une tumeur, qui est vite reconnue pour une trompe gravide : dès lors il est aisé de reconstituer toute la chaîne pathologique.

Somme toute, avec de l'attention, on peut diagnostiquer un avortement tubo-utérin.

Le problème est autrement complexe quand il s'agit d'avortement abdominal.

b) *Avortement abdominal*. — Nous envisagerons deux cas; suivant que l'avortement se déroule ou non au milieu d'hémorrhagies externes.

1° *Il n'y a pas d'hémorrhagie externe*.

Quand la symptomatologie de l'avortement tubaire se réduit à des douleurs abdominales et aux accidents généraux de l'hémorrhagie interne, le diagnostic est très difficile, souvent même impossible.

Au début, quand il existe un peu de péritonisme, les phénomènes peuvent en imposer pour une occlusion intestinale, une perforation de l'intestin, une appendicite, une péritonite, un ulcère rond de l'estomac ou de l'intestin. Ce sont alors les antécédents morbides, la localisation exacte du maximum de la douleur, la courbe thermique, l'état des fonctions digestives, l'état de l'abdomen, et surtout enfin l'examen objectif, qui constituent les meilleurs éléments du diagnostic différentiel, et amènent tout au moins à localiser dans la zone pelvienne la source des accidents.

Mais une fois même que le diagnostic est circonscrit aux affections de la sphère génitale, l'incertitude peut encore persister.

L'erreur, qui est le plus fréquemment commise, de l'aveu de la plupart des opérateurs, consiste à prendre la trompe gravide pour une poche inflammatoire, et la confusion est d'autant plus facile qu'il existe une forme de salpingite hémorrhagique, susceptible d'entraîner des accidents de tous points comparables à ceux de l'avortement tubaire, y compris même l'hématocèle pelvienne.

La nature réelle des accidents ne peut être soupçonnée que quand il existe des signes de grossesse, et encore faut-il, dans la plupart des cas, songer à la possibilité de l'avortement tubaire, pour arriver à le dépister. Ce n'est le plus souvent qu'au moment de l'intervention chirurgicale que les doutes sont définitivement levés, et qu'une tumeur qui avait été prise pour un pyosalpinx est reconnue pour une trompe gravide en état d'avortement.

La rupture d'une veine variqueuse du ligament large peut fort bien simuler un avortement tubaire : le diagnostic différentiel est pour ainsi dire impossible, et le

premier accident, d'une extrême rareté, ne saurait être soupçonné, de l'avis de *Pozzi* (1), que chez une femme atteinte de varices généralisées et très développées.

La confusion de l'avortement peut encore avoir lieu avec de petits kystes ovariens compliqués de torsion pédiculaire et de pelvi-péritonite adhésive. Le plus souvent, ce n'est que sur la table d'opération que le diagnostic peut être établi d'une façon sûre.

Lorsqu'il existe un fibrome utérin, développé sur le bord latéral de l'utérus, dans l'épaisseur du ligament large, c'est surtout le toucher qui permet d'établir les connexions intimes de la tumeur avec la matrice, et de préciser sa véritable nature.

2° *Il y a hémorrhagie externe.*

Lorsqu'il se produit, au moment de l'avortement, un écoulement sanguin à la vulve, le diagnostic se trouve déjà simplifié. Les probabilités en faveur de l'avortement tubaire augmentent encore, quand l'hémorrhagie externe est accompagnée de l'expulsion d'une caduque utérine. Cependant, en pareille circonstance, la confusion est possible avec la dysménorrhée pseudo-membraneuse.

Le rejet d'une caduque survient en effet, dans cette dernière affection, au milieu de crises douloureuses et d'hémorrhagies, qui pourraient parfaitement au premier abord en imposer pour l'interruption abortive d'une grossesse ectopique. Mais alors le microscope permet de trancher la question.

Dans la dysménorrhée membraneuse, les cellules de la membrane éliminée « conservent leur volume normal, et diffèrent par là, et par la petite quantité de

(1) *Pozzi*. — *Traité de Gynécologie* 1897.

« leur protoplasma, des cellules de la caduque ». (Pozzi) (1). Les anciens auteurs ignoraient cette distinction, et l'on se sent fortement tenté aujourd'hui de rattacher à l'avortement tubaire des cas rapportés par *Bernutz* sous la rubrique : dysménorrhée membraneuse avec hématocele rétro-utérine.

Une fois le diagnostic d'avortement établi, il faut savoir si le processus abortif est seulement en cours d'évolution, ou s'il est terminé.

A moins qu'il ne s'agisse d'avortement tubo-utérin, et que l'on n'assiste à l'expulsion de l'œuf complet, il est presque impossible de répondre immédiatement à cette question. Cependant, dans quelques cas favorables, la disparition totale de la tumeur tubaire, nettement constatée auparavant, constitue une sérieuse présomption en faveur de l'avortement complet. A part ce signe fourni par l'exploration, ce n'est que la marche des phénomènes qui permet de se prononcer.

L'avortement complet se juge en une crise unique, suivie de l'apaisement définitif de tous les accidents. Lorsqu'au contraire ces accidents se répètent, que les récidives se multiplient, on doit penser que l'avortement est incomplet, et que des débris ovulaires retenus dans la trompe entretiennent et prolongent l'évolution morbide.

(1) Pozzi. — *Traité de Gynécologie*, 1897, p. 153-154.

PRONOSTIC

D'une façon générale, l'avortement tubaire comporte un pronostic bénin. En tous cas, il est infiniment plus favorable que celui de la rupture de la trompe. Aussi admet-on, à peu près partout, que la plupart des grossesses tubaires guéries spontanément sont des grossesses terminées par avortement.

On ne trouve pas dans la littérature médicale un seul cas de mort, uniquement attribuable à l'avortement tubaire (1). En particulier, le fait signalé par *Werth* dans son mémoire d'une femme chez laquelle il trouva à l'autopsie un avortement tubaire n'est nullement à l'actif de ce dernier processus ; car la mort était due, dans ce cas, à une pneumonie intercurrente.

Si, dans quelques circonstances exceptionnelles, l'avortement tubaire est peut-être susceptible d'entraîner une issue fatale, ce ne doit être vraisemblablement que dans des cas d'avortement incomplet, accompagnés d'hémorragies récidivantes multiples qui finissent, mais à la longue seulement, par mettre en danger la vie de la femme.

Si le pronostic *quoad vitam* de l'avortement en lui-même est habituellement dénué de gravité, il ne faut cependant pas perdre de vue la possibilité de la rupture

(1) FEHLING. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1898.

secondaire de la trompe au cours de ce processus : éventualité heureusement rare qui assombrit le pronostic.

Il convient encore de faire entrer en balance, dans l'appréciation des faits, le pronostic particulier de l'hématocèle qui accompagne d'une façon presque constante l'avortement tubaire. Celle-ci met un temps plus ou moins long à se résorber, et dans les cas d'intensité moyenne, la durée de l'hématocèle n'est pas inférieure à 2 ou 3 mois. Cette longue persistance de la collection péritonéale, qui recule ainsi l'échéance de la guérison définitive, constitue un fâcheux contre-temps. Si l'on songe de plus que l'hématocèle est susceptible de s'infecter et de suppurer, on voit qu'un avortement bénin par lui-même peut, dans un avenir plus ou moins reculé, devenir la source d'accidents souvent très sérieux et même mortels.

D'autre part, il n'est pas rare qu'une trompe, après avoir été le théâtre d'un avortement, ne fasse pas complètement retour à son état d'intégrité primitive. Toute tapissée de caillots, elle représente un terrain de choix pour les germinations microbiennes ; aussi la grossesse tubaire terminée par avortement laisse-t-elle souvent derrière elle une salpingite, qui, assez fréquemment même, n'est que le réveil d'une vieille lésion, préexistante à l'état gravidique.

Enfin, alors même que la trompe reste vierge d'infection, après un avortement, tout danger n'est pas écarté pour elle : nous savons en effet que, dans quelques cas exceptionnels, les débris placentaires, restés adhérents à la paroi tubaire, sont susceptibles de subir des dégénérescences diverses et des transformations néoplasiques. Or

ces déciduomes malins comportent un pronostic grave qu'il nous suffit de signaler.

Donc, en résumé, nous pouvons dire que le pronostic de l'avortement tubaire, par lui-même favorable, ne se trouve assombri que dans ses conséquences lointaines et heureusement aléatoires.

TRAITEMENT

« L'avortement tubaire guérit souvent sans opération, et souvent même sans avoir été diagnostiqué. » (Meinert) (1). Cette bénignité habituelle du processus devait naturellement amener à l'expectation thérapeutique, et un certain nombre de chirurgiens ont déjà adopté cette ligne de conduite, à l'égard de cas bien déterminés, que nous définirons dans un instant.

A la Société d'obstétrique et de gynécologie de Cologne Noé (2) s'est déclaré partisan de l'expectation, et dit avoir vu survenir spontanément la guérison dans des cas qu'on pouvait considérer comme désespérés.

Muret (3) ne dissimule pas non plus ses préférences pour l'abstention dans certains types d'avortement. Enfin, au Congrès de Dusseldorf (4), en septembre 1898, la plupart des gynécologues présents, Thorn, Veit (5), Falk, Frommel, Everke, Fehling, se sont accordés à reconnaître que nombre d'avortements tubaires évoluaient spontanément et sans le secours du bistouri vers la gué-

(1) MEINERT. — *Soc. gynéc. de Dresde, in Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 171.

(2) NOÉ. — *Soc. d'Obstétrique et de Gynéc. de Cologne*, 14 janv. 1897.

(3) MURET. — *Revue de Gynéc. et de Chir. abd.*, 1898, n° II.

(4) *Versammlung deutsch. Naturforscher u. Aezte zu Dusseldorf*, septembre 1898.

(5) VEIT. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1899. Bd XL. Hft 1, p. 151.

risson et méritaient en conséquence d'être traités par l'expectation.

Fehling (1) rapporte à lui seul 91 cas, dans lesquels il n'est pas intervenu, et qui ont tous guéri ; au contraire, 54 autres cas, où il a opéré, lui ont donné 2 décès.

Toutefois l'abstention ne doit être mise en pratique que dans des circonstances qu'il convient de préciser maintenant.

La temporisation est de mise, en présence de tout avortement qui évolue simplement, sans éclat, au milieu d'un cortège symptomatique peu alarmant ; elle est de règle dans l'avortement complet, qui se déroule en une crise unique, et dans lequel tous les accidents, souvent graves au début, s'atténuent rapidement, pour disparaître bientôt d'une façon complète et sans menace de récurrence. Lorsqu'il existe des signes attestant sûrement que l'hémorrhagie est arrêtée, il convient d'attendre, surtout quand la tumeur tubaire, correspondant au kyste fœtal, s'est complètement affaissée et a entièrement disparu ; car on est alors en droit d'admettre que la trompe s'est débarrassée de la totalité de l'œuf, et que par conséquent l'avortement est complet. En pareil cas, il suffit d'imposer le repos absolu au lit, et de combattre les crises douloureuses et les manifestations d'anémie par une médication symptomatique appropriée. On laisse ainsi à la nature le soin de faire disparaître l'hématocèle qui accompagne presque constamment l'avortement tubaire. C'est là en effet le seul accident qui survit à la crise de l'avortement complet, et de plus, habituellement

(1) FEHLING. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1898.

l'épanchement sanguin se résorbe, sans donner lieu à aucune complication sérieuse et sans nécessiter l'intervention du chirurgien. *Second* (1) lui-même, bien qu'interventionniste déclaré, reconnaît qu'« il existe des hématoèles qui éveillent trop peu de réaction et qui ont une tendance trop réelle à la résorption spontanée pour que les avantages d'un traitement non chirurgical soient contestables ». Toutefois, il se hâte d'ajouter que « ces variétés médicales sont la minorité ». Et il est d'avis d'opérer, alors même qu'aucune indication pressante ne commande l'intervention, simplement pour épargner à la malade les lenteurs de la guérison spontanée. Nous ne croyons pas que cette conduite doive être suivie d'une façon aussi systématique.

Toutefois si l'expectation est permise dans les cas dont nous venons de parler, ce doit être une expectation prudente et vigilante. Il faut soumettre la malade à une surveillance rigoureuse, et avoir le bistouri toujours prêt, pour intervenir à la première menace d'accidents sérieux.

Lorsqu'en dépit du traitement médical le mieux observé, les symptômes d'hémorrhagie s'aggravent, que l'hématocèle continue à progresser ou suppure, et que la tumeur tubaire persiste, témoignant d'une rétention tout au moins partielle de l'œuf, il ne faut pas hésiter à opérer. Peu importe alors que le diagnostic ne soit pas solidement établi, et qu'on hésite entre un avortement grave, mais sans déchirure tubaire, et un avortement, compliqué de rupture secondaire : l'indication thérapeutique est la même, il faut rompre avec l'abstention.

(1) *SECOND. — Rapport au Congrès de Gynécologie de Marseille, octobre 1898.*

Une fois l'opération décidée, deux voies s'offrent au chirurgien, pour atteindre le foyer malade : la voie abdominale et la voie vaginale. Chacune d'elles a ses partisans convaincus. En réalité, il faut savoir se montrer éclectique, et se laisser guider par les indications dans le choix de la voie à suivre.

D'une façon générale, la voie vaginale est la moins dangereuse, et doit obtenir la préférence, toutes les fois qu'une indication nette n'impose pas la voie opposée.

Lorsqu'un avortement tubaire donne naissance à une hématocele volumineuse, qui devient une cause de gêne par son volume même, sans être d'ailleurs accompagnée de poussées hémorragiques, c'est la colpotomie qui est l'opération de choix. L'incision vaginale ne donne pas seulement accès sur la collection sanguine péritonéale, elle permet encore d'arriver sur la trompe, et si le retour de l'hémorrhagie ou la constatation de lésions tubaires sérieuses impose l'ablation des annexes, il est facile de procéder à cette ablation, ou même à la castration utéro-annexielle totale, par le vagin.

Quand, au contraire, l'intervention est commandée par des poussées hémorragiques récidivantes, il n'y a guère à hésiter. S'il est, à la rigueur, permis de tenter, dans certains cas, la colpotomie, il faut se tenir prêt à faire immédiatement la laparotomie, au moindre retour offensif de l'hémorrhagie, et la conduite la plus sage consiste nettement, en pareil cas, à ouvrir le ventre d'emblée, pour attaquer plus sûrement la source même de l'écoulement sanguin.

Comment faut-il se comporter à l'égard du foyer malade ? La plupart des chirurgiens font le sacrifice de la trompe gravidé : quelques-uns même pratiquent, de

parti pris, l'extirpation bilatérale des annexes, même en l'absence de lésions de la trompe non gravide, pour éviter à la malade les risques d'une nouvelle grossesse ectopique : on connaît, en effet, un certain nombre de cas de récurrence de grossesse tubaire dans la trompe opposée à celle qui avait été le théâtre de la première évolution gravidique. Néanmoins, ce n'est pas là une raison suffisante pour légitimer une thérapeutique aussi radicale, qui rallie heureusement peu d'adeptes, et le plus habituellement on se borne à l'ablation de la trompe qui est le siège de l'avortement.

Quelques auteurs, *Muret* (1), *Martin* (2) et *Kelly* (3), ont proposé et mis en pratique une méthode de traitement conservatrice, qui consiste dans l'« incision simple de la poche avec nettoyage de sa cavité, suivie de la suture des parois et de la remise en place de la trompe ainsi réparée ».

Martin a procédé de cette façon par la voie vaginale, Muret et Kelly par la voie abdominale. Mais ce n'est là malheureusement qu'un traitement d'exception, qui ne s'adresse qu'à un nombre de faits des plus restreints et qui n'est pas près de détrôner l'extirpation radicale des annexes malades, défendue par l'immense majorité des chirurgiens.

(1) MURET. — *Zeits f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd XXVI, p. 31, 50 et 58.

(2) MARTIN. — *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd V, Hft 1. p. 3.

(3) KELLY. — *Operative Gynecology*, New-York, 1898, vol. II, p. 463.

OBSERVATIONS

Nous avons rassemblé toutes les observations d'avortement tubaire qu'il nous a été possible de recueillir. Nous les avons rangées en deux catégories : la première comprend les avortements tubo-abdominaux ; la seconde, les avortements tubo-utérins : nous avons suivi, autant que possible, pour chacune d'elles, l'ordre chronologique.

La plupart sont des observations résumées ; un certain nombre même sont malheureusement très incomplètes, et ne renferment que très peu de détails. Nous regrettons vivement de n'avoir pu reproduire quelques cas d'avortement tubaire, dont nous avons trouvé l'indication dans les recueils bibliographiques, mais qui ont été publiés dans des revues étrangères, qu'il nous a été impossible de nous procurer.

AVORTEMENTS TUBO-ABDOMINAUX

OBSERVATION I

WESTERMARK. — (*Centr. f. Gyn.*, 1885.)

Femme de 23 ans, antérieurement atteinte de dysménorrhée. A la fin de décembre 1883, suspension des règles et signes de grossesse. En mars 1884, hémorrhagies ; le 19 mars, vive douleur abdominale, accompagnée d'un écoulement sanguin et de rétention d'urine.

Le 25 mars, l'exploration révèle l'existence d'une tumeur du volume du poing à gauche de l'utérus, lequel est plus gros que normalement. Le 28 mars, douleurs, vomissements, symptômes de collapsus.

Le 2 avril, expulsion d'une caduque complète.

L'écoulement sanguin par le vagin est peu abondant.

Le 19 mai, laparotomie. On trouve dans le ventre une grande quantité de liquide séro-sanguinolent et de caillots résistants. La trompe gauche présente, à quelques centimètres de l'ostium utérin, une dilatation comme un œuf d'oie.

Guérison.

La cavité ovulaire communique par l'orifice du pavillon, du calibre d'une plume d'oie, avec la cavité péritonéale. Pas de traces de fœtus. C'est par le pavillon que s'est faite l'hémorrhagie, car la trompe ne présente aucune trace de rupture.

OBSERVATION II

BRÖSE. — (*Soc. Obstétric. de Berlin*, 8 mars 1889.)

Femme atteinte de grossesse tubaire gauche et d'hématosalpingite droite. Le sang remplissait le péritoine, bien que la trompe gauche fût indemne de rupture.

OBSERVATION III

SAENGER. — (*Soc. obst. et gynéc. de Leipzig*, 18 nov. 1889.)

Grossesse tubaire de un mois. — Avortement tubaire. — Hématocèle intra-péritonéale. — Hématosalpinx. — Hématome de l'ovaire.

Femme de 28 ans ; a eu un accouchement gémellaire, il y a cinq ans.

A déjà fait trois avortements dans le courant de l'année, le dernier de 3 mois et demi, sans que les règles se soient suspendues. Douleurs persistantes dans le ventre, « pires que des douleurs pour accoucher, » et hémorrhagie continue. Il y eut expulsion d'une masse, qui fut reconnue pour une caduque de grossesse ectopique. La femme était très anémiée, sans fièvre. A gauche de l'utérus, légèrement dévié à droite, on sentait une tumeur principale grosse comme une pomme, très molle, de laquelle se détachait une seconde tumeur, en forme d'outre, qui s'étendait vers le plancher du Douglas.

La malade fut alors soumise au repos absolu au lit pendant une semaine. Comme l'hémorrhagie ne s'arrêtait pas, que les douleurs ne cessaient pas, et que la tumeur augmentait, on fit la laparotomie. Guérison.

Pièce. — La trompe présentait à sa partie moyenne, sur une étendue de 3 centimètres environ, deux inflexions et donnait alors naissance à une tuméfaction de la grosseur

d'une noix, qui renfermait un caillot. La portion abdominale de la trompe avait la largeur de l'index. Ses parois, ainsi que les franges du pavillon étaient fortement épaissies et de coloration bleu-noirâtre. A la muqueuse adhéraient encore de petits caillots. On ne trouva ni embryon, ni fragments d'œuf; mais on put déceler des villosités choriales. Il s'agissait donc d'une grossesse tubaire tout au début, développée dans la portion abdominale de la trompe, et terminée par un avortement tubaire, dans lequel le sang s'écoula en partie du côté de l'utérus, et produisit la tumeur sanguine précédemment décrite, qui en impose pour le véritable siège de l'œuf.

OBSERVATION IV

ZWEIFEL. — (*Arch. f. Gyn.*, Bd XII. 1890.) — Avortement tubaire. — Hématocèle. — Elytrotomie. — Mort.

Femme de 29 ans. Menstruation régulière, mais règles abondantes et douloureuses. Les 18 et 19 mai 1890, apparition des règles qu'elle attendait depuis 14 jours. Dans l'après-midi du 19, douleur violente et subite, à tel point qu'elle tomba sans connaissance et resta ainsi pendant une demi-heure. Jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 6 juin, l'hémorrhagie persista et elle dut garder le lit.

A l'entrée, aucun signe de grossesse en dehors du colostrum dans les seins qui sont peu développés. Dans le cul-de-sac postérieur du vagin, tumeur élastique douloureuse au toucher, qui remplit le petit bassin, déborde de chaque côté l'utérus et dépasse de deux travers de doigt la branche horizontale du pubis. Le col de l'utérus est élevé, pressé contre la symphyse. L'orifice est entr'ouvert; on ne peut sentir le corps de l'utérus dans la masse, ni les trompes, ni les ovaires. Rétention d'urine.

Le 14 juin, élytrotomie au thermocautère; on enlève

une grande quantité de caillots ; il n'y a ni fœtus ni débris ovulaires. Le sac est lavé et bourré de gaze iodoformée.

Suites opératoires bonnes jusqu'au 19, où apparaissent la fièvre et les douleurs.

Mort, par péritonite, le 23.

Autopsie : Péritonie purulente. Hématocèle suppurée. La trompe gauche montre à son extrémité terminale une grosseur comme un œuf de poule, ferme et élastique. A la coupe, on voit le canal très élargi ; il existe une masse spongieuse pourvue d'une petite cavité, et dans laquelle le microscope décèle des villosités. Le pavillon est ouvert.

OBSERVATION V

ORTHMANN. — (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XX, 1890.)

Wilhelmine G., 44 ans, fut envoyée le 12 mai 1887 à la clinique de Martin, avec le diagnostic de grossesse extra-utérine probable. Depuis trois ans, douleurs passagères dans le bas-ventre, survenues à la suite d'un avortement. Dans les dernières semaines, ces douleurs augmentèrent et il survint des hémorrhagies irrégulières. Les dernières règles auraient eu lieu le 15 février 1887 ; elles ne reparurent pas le 15 mars ; mais cinq jours plus tard survint une légère hémorrhagie, qui ne dura pas longtemps ; depuis avril, au contraire, hémorrhagies persistantes irrégulières.

L'exploration, pratiquée le 12 mai, révéla les faits suivants : utérus légèrement refoulé à droite, un peu augmenté de volume et en antéflexion. A gauche de l'utérus, on sentit une tumeur s'étendant jusqu'à la paroi pelvienne, grosse comme le poing, un peu mobile. Les annexes droites sont libres. Un curetage de l'utérus ramena, en même temps que des caillots anciens, quelques petites masses, semblables à de la muqueuse, que l'examen microscopique démontra être de la caduque.

Le 13 mai 1887, laparotomie, faite par Martin. Ovario-salpingotomie gauche. Grossesse tubaire gauche de un à deux mois. Hématome de l'ovaire gauche.

La tumeur enlevée consiste en la trompe transformée en une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Les deux orifices de la trompe semblent perméables. La tumeur est de forme ovale : elle mesure 6 cent. de long, sur 4 cent. de large et 3 cent. d'épaisseur.

L'orifice abdominal est facile à reconnaître avec ses franges. A travers cet orifice, sort un caillot mesurant 1 cent. à 1 cent. 5 de diamètre. La surface de la trompe est recouverte de nombreuses adhérences. Il est impossible de déceler une rupture en aucun point de la paroi tubaire.

Le seul orifice, au moyen duquel le contenu de la trompe communique avec la cavité abdominale, est l'orifice naturel du pavillon. Le caillot, qui fait hernie à travers l'ostium abdominal, est tapissé d'une pellicule très mince, qui à plusieurs endroits laisse reconnaître de petites saillies choriales.

OBSERVATION VI

ORTHMANN. — (*Loc. cit.*)

Anna Rœ., 26 ans, malade depuis trois semaines ; à la suite d'un travail pénible survinrent des douleurs de ventre, à la fin de juin 1888. Refroidissement, sensation d'anxiété. Pas de perte de connaissance. Pas de fièvre. Il y a environ 8 jours, nouvelle crise, et depuis quelques jours, augmentation de volume du ventre. Quelques fleurs blanches.

Dernières règles, le 20 mai ; la première crise survint donc 8 jours après le terme, où les règles auraient dû reparaitre. Il y a environ 8 jours, faible hémorrhagie, avec issue de petits débris membraneux, minces.

Entrée le 21 juillet 1888 à la clinique de Martin.

A son entrée, l'exploration révèle que le cul-de-sac postérieur du vagin est distendu par une tumeur, qui remplit tout le Douglas, s'étend des deux côtés de l'utérus, et remonte en haut à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse, très élastique et facilement mobile. L'utérus n'est pas délimitable.

Le 24 juillet, ponction de la tumeur avec le trocart, par le cul-de-sac postérieur. Ablation. — Guérison.

La tumeur enlevée est formée par la trompe et l'ovaire droits. L'hématocèle a été produite manifestement par une hémorrhagie qui s'est faite par l'ostium abdominal. La trompe est épaissie, et de forme allongée, ovulaire. L'extrémité utérine de la trompe est à peu près normale. Une partie du caillot qui remplit la plus grande portion de la lumière tubaire fait saillie hors de l'orifice abdominal. Sur une coupe longitudinale, on voit que le caillot est enveloppé de toutes parts par la paroi tubaire. Les franges sont nettement reconnaissables.

OBSERVATION VII

ORTHMANN. — (*Loc. cit.*)

Mima H..., 35 ans. Vint pour la première fois à la clinique de Martin le 5 mai 1888. Dernières règles normales le 5 février 1888. Le 15 mars, très forte hémorrhagie, qui aurait duré sans interruption jusqu'à son entrée. Dans le Douglas, tumeur molle, assez volumineuse, qui remplit tout le petit bassin et qui occasionna une fois de la rétention d'urine. Par l'examen sous le chloroforme, on n'arrive à délimiter que le fond de l'utérus.

Laparotomie, le 9 mai 1888.

La tumeur extirpée est formée par la trompe et l'ovaire. La trompe est transformée en une tumeur du volume d'une pomme ; l'extrémité abdominale est largement ouverte ; à travers son orifice, fait hernie un caillot assez résistant.

La tumeur a une forme presque complètement sphérique. Le caillot, solidement adhérent à la partie moyenne de la paroi tubaire, voit ses adhérences se relâcher progressivement en allant vers l'ostium abdominal.

OBSERVATION VIII

ORTHMANN. — (*Loc. cit.*)

Amalie M..., 33 ans, entra à la clinique de Martin le 27 janvier 1890, pour des hémorrhagies. Celles-ci avaient débuté le 21 décembre de l'année précédente, accompagnées de douleurs dans le côté gauche. Affaiblissement progressif. Deux jours avant son entrée, crise syncopale grave, qui se répéta plusieurs fois dans la suite.

A gauche de l'utérus, on constate, lors de son entrée, une tumeur grosse comme une petite pomme, d'origine tubo-ovariene selon toute vraisemblance.

Laparotomie, le 1^{er} février 1890.

Ecoulement, à l'ouverture du ventre, de caillots noirâtres. La tumeur située à gauche de l'utérus est soulevée avec la main ; pendant ce temps sort de l'ostium abdominal dilaté un caillot de la grosseur d'un petit œuf de poule, assez résistant. — Guérison.

Le caillot, qui était sorti de l'ostium abdominal lors de l'opération, peut être facilement réintégré dans la trompe, à travers l'orifice tubaire dilaté ; la tumeur a une longueur de 9 cent., une largeur de 3 cent. et une épaisseur de 4 cent. Le caillot présente, sur sa partie qui répond au pavillon, un sillon d'étranglement très net. La surface présente une foule de petites excroissances choriales blanchâtres.

OBSERVATION IX

VEIT. — (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXI, p. 447, 1891.) —

Présentation d'une préparation anatomique d'avortement tubaire.

La laparotomie fut faite à la suite de violentes douleurs abdominales, accompagnées d'hémorrhagies externes.

A l'ouverture du ventre, on trouve du sang sur l'épiploon et l'intestin. Au pourtour de l'ostium abdominal de la trompe, se trouvaient libres dans le péritoine de grandes quantités de caillots. La trompe, indemne de toute rupture, est fortement dilatée par l'œuf qu'elle renferme : l'orifice abdominal de la trompe est dilaté et a les dimensions d'une pièce d'un mark environ.

OBSERVATION X

ROBB (H.). — (*New-York Journ. of. Gynec. and Obst.*, février 1891.) — Rupture du sac ovulaire d'une grossesse extra-utérine à travers le pavillon de la trompe, sans lésion de celle-ci.

Jeune femme, bien portante, encore régulièrement menstruée pendant quelques mois après son mariage ; puis aménorrhée. 17 jours après les dernières règles, survinrent tout à coup de violentes douleurs sous forme de coliques dans le bas-ventre, qui amenèrent des défaillances et furent accompagnées de nausées et de vomissements intenses. Les jours suivants survinrent à plusieurs reprises de semblables paroxysmes, durant chaque fois 3 heures et accompagnés de nausées et de vomissements. L'exploration révéla un ramollissement des lèvres du col utérin, une coloration violacée du vagin et du col, une augmentation de volume de l'utérus antéfléchi, une masse

située dans la région de l'ovaire gauche tout près de l'utérus, et de la grosseur d'un œuf de poule.

L'opération montra l'existence d'un sac ovulaire dans le pavillon de la trompe, et d'une masse de 500 grammes environ de sang coagulé et de 500 grammes de sang fluide. L'ostium abdominal de la trompe était ouvert et c'est par là que s'était faite l'hémorrhagie. L'orifice était obstrué par des caillots : le sac ovulaire était crevé à cet endroit. — Guérison.

OBSERVATION XI

JAHREISS. — (*Münchener med. Wochenschrift*, 1892, n° 9.)

Les symptômes avaient fait porter le diagnostic de rupture vraisemblable de la trompe gravide.

La laparotomie fut pratiquée avec succès.

L'examen de la pièce montra nettement que le caillot provenant de la première hémorrhagie de la trompe avait été expulsé grâce à la contraction de la paroi tubaire, à travers l'ostium abdominal béant. L'existence d'un corps jaune vrai de date récente sur l'ovaire permet de porter le diagnostic de grossesse extra-utérine, malgré l'absence de villosités choriales. Il s'agissait donc d'un avortement tubaire.

OBSERVATION XII

WALLACE. — (*British medical*, 16 avril 1892.)

Laparotomie pour grossesse tubaire ; le fœtus était en partie dans le pavillon, et en partie entre la trompe et l'ovaire.

OBSERVATION XIII

ZWEIFEL. — (*Arch. f. Gynæk.*, Obs. VI. Bd XLI.)

La trompe gauche s'abouchait par son pavillon largement ouvert dans une hématoçèle. Elle ne renfermait pas d'œuf. La trompe droite offrait à sa partie moyenne une dilatation comme un œuf de poule. Sa moitié utérine était très grêle ; l'extrémité externe se dirigeait vers la paroi du sac de l'hématoçèle et s'y perdait. Le pavillon frangé s'abouchait au milieu de la tumeur sanguine. Au niveau de la région tubaire dilatée, se trouvaient un caillot et des restes de placenta.

L'opération fut pratiquée dans ce cas chez une femme qui avait présenté deux semaines auparavant une hémorrhagie vaginale de 8 jours, avec issue de débris membranueux et douleurs abdominales et lombaires.

OBSERVATION XIV

TUTTLE. — (*Amer. J. of. Obst.*, oct. 1891.) — Cf. p. 50.

OBSERVATION XV

TAYLOR. — (*British medical*, 16 avril 1892.)

Laparotomie pour une grossesse tubaire ; hémorrhagie pelvienne sans rupture de la trompe. Il y avait eu en même temps hémorrhagie par l'utérus.

OBSERVATION XVI

BURFORD. — (*British medical*, 26 novembre 1892.)

Grossesse tubaire gauche avec avortement par le pavillon ; laparotomie, guérison. Le sac tubaire contenait

le placenta ramolli ; le fœtus était dans un sac adventice formé par les anses intestinales agglutinées. Il était âgé de 22 semaines. Au nombril se trouvait appendu un cordon de plusieurs pouces.

OBSERVATION XVII

MACKENRODT. — (*Soc. obst. et gynéc. de Berlin*, 12 mai 1893.)

Femme de 34 ans, alitée durant les quatre semaines qui précédèrent l'opération. Le médecin traitant avait diagnostiqué un avortement et avait appelé l'auteur pour pratiquer le curettage à cause d'hémorrhagies persistantes. Les dernières règles avaient eu lieu 7 semaines avant. Depuis 3 semaines, hémorrhagies et douleurs. A gauche, à côté de l'utérus et derrière lui, on sentait une tumeur molle du volume du poing.

La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire gauche, avec hémorrhagie, laquelle s'était faite dans la cavité péritonéale à travers le pavillon. Dans la trompe, nombreuses villosités choriales, mais pas de fœtus. — Guérison.

OBSERVATION XVIII

MACKENRODT. — (*Loc. cit.*)

L'auteur rapporte un cas, dans lequel la cavité abdominale renfermait à la fois du sang récemment épanché, et du sang provenant d'une hémorrhagie plus ancienne. Il était impossible de décèler la moindre trace de rupture sur la trompe gauche gravide. Il existait de vieilles et nombreuses adhérences, richement vascularisées par places.

La trompe droite était aussi très dilatée et visiblement épaissie. — Guérison.

OBSERVATION XIX

DUHRSEN. — (*Berliner Klin. Wochenschrift.*, 1892, n° 30.)

Hémorrhagie interne par avortement tubaire, qui s'accompagna de douleurs, analogues aux douleurs de l'accouchement.

OBSERVATION XX

MURET. — (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, p. 23.)

Avortement tubaire complet. Hématocèle. Mort par cachexie cancéreuse.

Femme de 35 ans ; huit grossesses normales, quatre avortements. Dernières règles 8 jours avant son entrée, le 4 août 1891. Elles furent si copieuses qu'elle dut s'aliter. Expulsion de débris membraneux.

Le jour de son entrée, le 4 août, en allant à la selle, douleur subite et très intense dans le bas-ventre, douleur qui se reproduisit par accès.

A son entrée, refroidissement et pâleur. T=35° 8. Pouls petit et fréquent. Douleurs très vives, paroxystiques, dans les reins. Ecoulement vaginal sanieux et sanguinolent venant d'un cancer du col utérin. Utérus un peu augmenté de volume, en antéversion.

Les symptômes sont plutôt ceux du shock que ceux d'une anémie aiguë.

Le 7 août, expulsion d'une caduque utérine qui ne présente pas de villosités choriales.

Le 12 août, examen sous le chloroforme. Cancer du col. Dans le Douglas, tumeur élastique qui s'étend à mi-chemin entre l'ombilic et la symphyse, à limites supérieures peu nettes.

A gauche, la trompe peut être suivie sur une petite étendue ; à droite, elle présente une dilatation du volume d'une noix, au-devant de la tumeur à laquelle elle adhère.

Le 17 septembre, réapparition des règles, qui durent trois jours.

Le 17 octobre, nouvelles règles.

Le 31 octobre, opération pratiquée par Freund.

Les suites opératoires furent bonnes, mais la mort survint huit mois plus tard par cachexie cancéreuse.

Examen des pièces : La trompe, longue de 9 cent., se dilate brusquement vers sa partie moyenne ; son extrémité externe s'infléchit en bas et en arrière. L'ostium abdominal est largement ouvert. A l'extrémité de la trompe est appendu le sac de l'hématocèle. La trompe ne présente nulle part de déchirure de la paroi : elle est sinueuse, mais perméable dans toute sa longueur. L'hématocèle a le volume du poing.

Muret conclut que l'œuf a été expulsé à travers l'ostium abdominal dans le péritoine et que le sang écoulé a suivi la même voie, pour former par enkystement l'hématocèle. Il n'a retrouvé dans la trompe ni villosités choriales ni traces de fœtus. Il s'agit dans ce cas, selon lui, d'un avortement tubaire complet, qui évolua en une seule crise.

OBSERVATION XX bis

PILLIET. — (*Soc. de Biologie*, 15 avril 1893.) Cf., p. 40.

OBSERVATION XXI

MURET. — (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, p. 123.)

Avortement tubaire incomplet, à crises récidivantes.

Femme de 25 ans. En novembre 1890, accouchement normal ; en janvier 1891, retour des règles. A ce moment, douleurs dans le bas-ventre ; trompe droite épaissie. Guérison rapide.

Dernières règles, au milieu de mai 1892 ; le 3 juillet, subitement, en travaillant à la machine à coudre, violentes

douleurs dans le côté droit du bas-ventre. Vomissements. Sensation de défaillance.

Le 7 juillet, nouvel accès de douleur et de vomissements. Le 11 juillet, nouvel accès. Elle entre à la clinique. L'utérus est alors mou, augmenté de volume : on sent les trompes de chaque côté.

Le 14 juillet, légère hémorrhagie, accompagnée de douleurs violentes, de vertiges, de vomissements ; expulsion hors de l'utérus d'une caduque, sans villosités choriales. Pâleur. Légère matité dans les deux flancs. A droite de l'utérus, tuméfaction plus grosse qu'un œuf de poule, molle, qui se perd dans le Douglas.

Les crises de douleurs et de vomissements se répètent souvent, les jours suivants ; et on peut constater une matité large comme la main au-dessus de la symphyse et une tuméfaction molle dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans le cours du mois suivant, plusieurs crises dont la malade se relève toujours. Cependant pâleur et faiblesse progressive.

Le 20 août, nouvelle crise avec frissons et fièvre. Le Douglas est rempli par une tumeur élastique qui fait saillie dans le vagin et remonte d'autre part jusqu'à l'ombilic. La gravité de l'état général commande l'intervention.

Laparotomie. A l'ouverture du ventre, on arrive sur une coque épaisse, qui forme la paroi supérieure d'une tumeur remplissant tout le pelvis et s'étendant au loin vers en haut. On évacue le sang et les caillots qui remplissent la poche précédente. Sur le côté droit de celle-ci existe une tumeur grosse comme une pomme, pédiculée.

Examen des pièces. — La trompe se dilate en une poche du volume d'un œuf de poule, qui se termine à sa partie externe par un large orifice, entouré de franges, si bien que le tout ressemble à « une tulipe supportée par son pédoncule ». Le sac fœtal mesure 4 cent. de long, sur 3 cent. 5 de hauteur : à sa paroi supérieure, se trouve un caillot très adhérent le caillot se continue à travers l'os-tium abdominal, au niveau duquel il fait hernie sous

forme d'un polype. A sa partie interne la trompe se rétrécit si brusquement qu'il est difficile de trouver son point d'aboutement dans le sac fœtal. Il existe des villosités choriales au niveau de l'adhérence du caillot contenu dans la région dilatée de la trompe.

OBSERVATION XXII

MEEK. — (*Amer. Journ. of. Obst.*, janv. 1894, p. 84.)

Femme de 38 ans, Xpare, ayant fait 3 avortements, le dernier en septembre 1892. En avril 1893, les règles viennent un jour; en mai, elles manquent. Tous les symptômes d'une grossesse. Le 1^{er} juin, crise syncopale. Le 9, en mettant des rideaux aux fenêtres, seconde crise. Le 12, hémorrhagies abondantes, expulsion d'une caduque.

Elle garde le lit pendant trois semaines, avec des symptômes de péritonite grave, et des pertes de sang noir, fétide, d'odeur lochiale. A l'examen, tumeur dans la région hypogastrique, allant du pubis jusqu'à moitié chemin de l'ombilic, occupant le côté gauche et dépassant la ligne médiane. En saisissant la tumeur, on avait la sensation bien nette de contractions intermittentes, semblables à celles d'un utérus gravide. Seins augmentés de volume, avec colostrum.

Le 21 septembre, laparotomie; on trouve de petits caillots entre la vessie et la tumeur. Celle-ci est formée par la trompe gauche dilatée contenant un placenta sans fœtus. Meek admet que le fœtus a été expulsé par l'orifice tubaire et digéré dans le péritoine, tandis que la trompe s'est laissé distendre par une nouvelle hémorrhagie.

OBSERVATION XXIII

VEIT. — (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd XXXII, p. 493.)
— Avortement tubaire à symptômes graves.

Après une suspension menstruelle de 6 semaines, la

malade aurait eu une hémorrhagie par les voies génitales, et aurait éprouvé ensuite de vives douleurs abdominales, sous forme de crises.

A son entrée, survinrent plusieurs crises syncopales, graves, qui obligèrent à faire la laparotomie.

L'examen extérieur de la pièce laisse déjà supposer que l'œuf a été expulsé en totalité hors de la trompe : cette hypothèse est confirmée par la coupe. L'extrémité abdominale de la trompe est largement dilatée. Dans son segment juxta-utérin, la trompe offre une dilatation du volume d'un noyau de prune, de coloration rouge-bleu, qui représente le siège d'implantation de l'œuf. Entre cette première dilatation et le pavillon, s'en trouve une seconde, qui a été produite par le sang écoulé pendant l'avortement. Ces deux cavités sont actuellement entièrement vides.

Guérison.

OBSERVATION XXIV

GOTTSCHALK. — (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd XXXIII, p. 140). — Cf. p. 13.

OBSERVATION XXV

GOTTSCHALK. — (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd XXXII, p. 490.) — Avortement tubaire précoce. — Cœliotomie. — Guérison.

Femme de 25 ans ; fit dans les premiers mois de son mariage un avortement précoce, suivi d'inflammation pelvienne.

Les dernières règles retardèrent de 10 jours, puis survint une hémorrhagie, qui dura d'une façon ininterrompue pendant 9 jours, avec de violentes douleurs sous forme de coliques dans le côté droit du bas-ventre ; la défécation est difficile ; il y a du ténesme vésical.

L'état général s'aggrava à vue d'œil, malgré une température normale.

Le 20 mars, anémie et faiblesse extrêmes. L'abdomen est très sensible à la pression, mais non distendu. Le corps utérin est manifestement augmenté de volume, modérément mou, en rétroflexion très marquée. Le fond de l'utérus est fixé dans le Douglas. A droite et derrière le fond de l'utérus se trouve une tumeur du volume d'une orange environ, de forme ovale, très molle, qui n'est pas nettement délimitable en haut du côté du péritoine, et qui ne peut être distinguée de la paroi utérine que par sa consistance plus molle, et seulement à l'aide d'une palpation extrêmement attentive. Il n'y a pas de limite appréciable, entre le fond utérin et la masse de la tumeur.

Quelques jours après son entrée, malgré un repos absolu au lit, il se produisit une augmentation si rapide de la tumeur et de l'anémie, que le diagnostic d'hémorrhagie interne devint plus que vraisemblable, bien qu'il n'y eût pas de syncope.

Le 29 mars, douleurs très violentes, sous formes de coliques. Expulsion d'une caduque utérine. Etat très alarmant.

Le lendemain, amélioration ; mais faciès très anémique.

Le 31 mars, cœliotomie.

L'épiploon, largement adhérent à la vessie, recouvre toute l'entrée du bassin ; la trompe est transformée en une tumeur rouge foncé, de la grosseur d'un œuf de poule environ.

Après déchirure des adhérences qui unissent l'épiploon et la vessie, on voit se précipiter hors du bassin, qui est rempli de sang, des caillots récents. La tumeur tubaire, de forme cylindrique est exclusivement formée par les deux tiers externes de l'organe ; le tiers utérin est, au contraire, très grêle. A l'extrémité abdominale, se trouve un caillot résistant, gros comme une noix, qui sort à travers le pavillon qui l'étrangle, et qui est presque à moitié expulsé. Ce caillot en impose pour l'œuf ; il tombe dans le péritoine.

lors des manœuvres de décollement exécutées sur la trompe. Aussitôt survient une hémorrhagie assez abondante par l'ostium abdominal largement béant ; elle provient de vaisseaux placentaires non encore oblitérés par la thrombose, et le caillot que vient d'expulser la trompe faisait office de tampon au niveau de l'insertion placentaire.

Le sac fœtal a 7 cent. de long, et mesure 7 cent. de circonférence au niveau de la partie moyenne.

Il présente ensuite un étranglement qui ne mesure que 5 cent. de circonférence ; puis il se renfle de nouveau au niveau de l'ampoule, où sa circonférence atteint 8 centimètres.

Aucune trace de rupture en aucun point.

L'œuf est transformé en une môle sanguine.

OBSERVATION XXVI

GOTTSCHALK. — (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, XXXI, 1895, p. 207.)

Femme de 39 ans. Dernières règles le 15 mai à l'époque normale, mais plus faibles que d'ordinaire. Le 1^{er} juin, survinrent des hémorrhagies qui durèrent ininterrompues jusqu'au 20 juin.

En dépit d'une forte perte sanguine, elle voulut reprendre le 20 mai ses fonctions de caissière ; elle tomba sans connaissance sur la chaussée, et néanmoins, une fois revenue à elle, elle resta à son poste jusqu'à la nuit, malgré une très grande faiblesse et des douleurs dans le ventre.

Le 21 juin, elle dut garder le lit.

Le 22 juin, elle tomba sans connaissance en allant chez son médecin ; alors survinrent de la fièvre et des douleurs plus violentes dans le ventre.

Le 23 juin, elle fut apportée à la clinique de Gottschalk.

à 10 heures du soir, sans connaissance, après avoir perdu dans l'après-midi, au dire du mari, une grande quantité de sang, accompagné de l'expulsion d'une membrane.

A son arrivée, on constate une péritonite diffuse. Le ventre est proéminent en forme de sphère ; il existe une tumeur qui remplit tout le bassin et le bas-ventre ; elle est modérément molle, non mobilisable. La tumeur s'étendait à droite un peu plus haut qu'à gauche. En outre, à droite et derrière l'utérus, se trouvait à l'intérieur de la tumeur une partie allongée ovulaire, qui pouvait être la trompe droite fortement dilatée.

T. 40°5. — P. 140.

Tous les signes d'une anémie très grave.

Diagnostic probable : Grossesse tubaire suppurée avec irruption de pus dans le ventre ; péritonite septique.

° Le 24 juin, ouverture vaginale du Douglas. Mais, au lieu de pus, issue de sang fraîchement épanché, hors de la cavité péritonéale.

Jusqu'à l'ombilic, tout le ventre est rempli de caillots frais. Le feuillet postérieur du ligament large droit est rompu. De ce côté se trouve un hématome intraligamentaire, qui communique avec l'épanchement intrapéritonéal libre, par l'orifice de la déchirure qui siège sur le feuillet postérieur du ligament large. Sang fluide dans le cul-de-sac vésico-utérin.

La trompe droite est transformée en un sac volumineux, en forme de sablier, qui s'ouvre largement dans la cavité péritonéale. L'orifice abdominal de la trompe est largement béant et mesure 3 cent. de diamètre.

Le tiers moyen de la trompe était la région occupée par le produit de conception ; maintenant encore, on y trouve l'embryon, d'environ 4 semaines, qui semble frais. Ce tiers moyen forme un sac de 4 cent. sur 3 cent. 5 ; il est séparé du tiers externe de la trompe par un étranglement d'où résulte l'aspect en sablier. Ce tiers externe forme une tumeur ovulaire, de 8 cent. sur 4 cent., qui n'offre nulle part de

solution de continuité, et dont l'ostium abdominal est si largement béant, qu'on peut facilement du dehors en examiner l'intérieur à travers cet orifice.

OBSERVATION XXVII

BRÖSE. — (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd XXXI, p. 237.)

Femme de 31 ans, ayant eu 2 accouchements et ayant fait 6 avortements.

Dernières règles au milieu d'avril.

Hémorrhagies depuis le 14 juin, et violentes douleurs, sous forme de coliques, surtout à droite. Anémie profonde. La trompe droite est dilatée et a le volume d'un œuf de poule.

Laparotomie, le 4 juillet. On trouva un épanchement sanguin très considérable dans le péritoine. La trompe fusiforme est intacte.

A la coupe, sa paroi se montre un peu épaissie ; l'œuf était décollé de la paroi tubaire sur le tiers de sa circonférence et ce décollement avait amené une forte hémorrhagie, qui s'était vidée dans le péritoine à travers le pavillon ouvert.

Guérison.

OBSERVATION XXVIII

KOSSMANN. — (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd XXXII, p. 507.)

La malade eut une suspension des règles à la fin de février ; à la fin de mars, se produisit une hémorrhagie qui persista pendant six semaines, et fut combattue par un traitement médical.

L'examen révéla l'existence d'une tumeur environ grosse comme le poing, très mobile, dure, située devant l'utérus en antéflexion ; unie à ce dernier par un très court pédicule.

La malade fut opérée.

La tumeur était un hématome de l'isthme de la trompe et le reste de celle-ci était absolument normal, seulement un peu étiré en longueur.

Le sac tubaire n'était pas lésé. Il n'y avait pas eu d'hémorragie dans le péritoine ; au contraire, les hémorragies de cet avortement tubaire s'étaient pour la plupart vidées au-dehors par la cavité utérine, si bien qu'il n'avait pu se produire d'augmentation de volume de l'hématome amenant une rupture.

L'ablation des annexes malades fut pratiquée par le procédé décrit par Dührssen sous le nom de laparotomie vaginale.

OBSERVATION XXIX

ZEDDEL. — (*Deuts. medic. Woch.*, 1893, n° 31.) Cf., p. 42.

OBSERVATION XXX

ZEDDEL. — (*Loc. cit.*) Cf., p. 33.

OBSERVATION XXXI

ZEDDEL. — (*Loc. cit.*) Cf., p. 43.

OBSERVATION XXXII

ZEDDEL. — (*Loc. cit.*). — Grossesse tubaire gauche de 2 mois.

Femme Br., 29 ans. A eu un enfant il y a dix ans. Menstruation constamment régulière, sans malaises. Cependant il y a cinq ans, les règles manquèrent une fois. 14 jours après le terme où elles auraient dû paraître, violentes douleurs expultrices dans le bas-ventre et une crise syncopale. La malade dit avoir été alors très pâle. De plus, aussitôt

après, douleurs de reins, forte compression de la vessie et du rectum, et hémorrhagies, qui durèrent 10 semaines. Tous ces phénomènes semblent bien devoir être rapportés à une grossesse extra-utérine.

Dernières règles, le 25 novembre. A la tuméfaction des seins, qui survint alors, la patiente se jugea enceinte.

Le 13 janvier, tout à coup douleurs dans le ventre, nausées; deux jours plus tard hémorrhagie par le vagin, qui dura jusqu'à l'opération. La malade s'alita quelques jours. Les symptômes précédents se répétèrent le 26 et le 27 janvier. En raison des signes d'anémie grave qui s'installèrent alors, la malade entra le 11 février à la clinique du professeur J. Veit.

A son entrée, T. 38°2. Abdomen modérément tendu, plus volumineux à gauche qu'à droite. A gauche, sensibilité. L'utérus est modérément augmenté de volume et dévié à droite. Le Douglas est fortement tendu. A gauche de l'utérus existe une tumeur fortement tendue, de la grosseur d'un œuf d'oie. C'est la trompe gravide.

Guérison.

Laparotomie, le 12 février.

Dans l'abdomen et le bassin, grande quantité de caillots. Ablation de la trompe gravide.

Examen des pièces. — La trompe, déjà épaissie dans sa portion utérine, se transforme à quelques centimètres de là en une tumeur, de la grosseur d'un œuf d'oie. L'ostium abdominal, entouré de franges courtes, est fortement dilaté (2 cent. de diamètre). De cet orifice pend un caillot, qui remplit toute la trompe.

Dans la portion utérine, non gravide, la lumière tubaire offre quelques renflements, remplis de sang, lequel n'y est parvenu que par pression rétrograde venant du sac ovulaire. Le caillot du sac fœtal renferme de nombreuses villosités.

On n'a pas trouvé d'embryon.

Sur l'ovaire existe un corps jaune vrai.

OBSERVATION XXXIII

ZEDDEL. — (*Loc. cit.*) — Avortement tubaire gauche
de 2 mois.

Femme Le..., 32 ans, a accouché en octobre 1884.

En août 1889, survint, soi-disant à la suite d'un travail forcé, au moment des règles, une hémorrhagie de 2 mois, qui cependant ne fut accompagnée que de faibles symptômes. Puis les règles redevinrent régulières, le 25 décembre 1890. Depuis, la femme se sentit enceinte, sans autres malaises.

Le 16 février 1891, la malade perdit un caillot relativement volumineux, qui ne fut ni précédé ni suivi par une hémorrhagie. Les jours suivants, quelques symptômes d'anémie, auxquels s'ajoutèrent plus tard de fortes douleurs de reins, et de la compression des organes pelviens. Malgré cela, la malade travailla encore jusqu'au 18 février, où survinrent des hémorrhagies et des douleurs sous forme de coliques. Celles-ci furent très marquées le 21 février, pendant l'expulsion d'une caduque utérine.

Le médecin appelé, pensant à un avortement, fit les jours suivants trois fois la dilatation du col et deux fois un curettage.

L'anémie ne faisant que s'accroître, la malade entra à la clinique de J. Veit.

Le 3 mars, T. 38°. Le ventre est peu tendu. Pas de coloration violacée des organes génitaux. L'utérus, relativement augmenté de volume, est dévié à droite. En arrière et à gauche, se trouve une tumeur, qui fait saillie dans le Douglas et s'étend latéralement jusqu'à la paroi pelvienne, et à gauche vers en haut jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On sent une tumeur tendue qui est considérée comme la trompe gravide.

Diagnostic : Grossesse tubaire gauche, dont le fœtus a succombé, avec forte hémorrhagie dans le péritoine.

L'opération, exécutée le 13 mars 1891, confirme le diagnostic. La trompe fortement dilatée est refoulée hors du petit bassin vers le haut par une hématoçèle rétro-utérine.

Ablation des annexes gauches. Guérison. Examen des pièces. La trompe est divisée en plusieurs segments nettement distincts les uns des autres. La portion utérine, longue de 2 cent., n'est que peu épaissie : elle se continue latéralement avec un sac fœtal de la grosseur d'un œuf de pigeon. La longueur totale de la portion dilatée atteint 6 cent. 5. Nulle part il n'existe de rupture. Le véritable sac fœtal est séparé par un septum de l'extrémité abdominale, qui est elle-même dilatée. Il en résulte que la trompe affecte la forme d'un sablier. Elle est remplie par un caillot résistant.

On ne trouve pas d'embryon.

OBSERVATION XXXIV

VINEBERG. — (*Americ. gynec. and obstetr. journ.*, 1896, juin, juillet, août 1896.) — Avortement tubaire. — Hématoçèle rétro-utérine. — Salpingo-ovarite droite.

Le diagnostic qui avait été porté était celui de tumeur pelvienne, vraisemblablement kyste ovarique. Il n'existait aucun des symptômes habituels de la grossesse ectopique ou de la rupture de la trompe. Il s'agissait en réalité d'un avortement tubaire, accompagné d'une hématoçèle rétro-utérine.

OBSERVATION XXXV

SCHÆFFER. — (*Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd XXXIV p. 348.) Cf. p. 47.

OBSERVATION XXXVI

PURCELL. — (*Brit. gynæcol. Journ.*, nov. 1896 à août 1897.) —

Avortement tubaire droit. — Six mois plus tard, rupture tubaire gauche.

Femme de 26 ans, a déjà eu un enfant, fut d'abord reçue à l'hôpital, le 20 août 1896, pour des douleurs dans le ventre.

On diagnostique une tumeur tubaire du côté droit, et on fait la laparotomie. Le ventre était rempli de caillots sanguins ; la trompe droite est fortement distendue et allongée ; les franges sont hypertrophiées ; l'ostium abdominal est dilaté par un caillot sanguin de l'épaisseur du pouce.

Ablation des annexes malades. Guérison.

Cette même malade, sortie le 26 septembre 1896, rentra à l'hôpital en février 1897 pour une rupture de la trompe gauche gravide. Elle fut encore laparotomisée et guérit.

OBSERVATION XXXVII

MITTERMAIER. — (*Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 275.) — Avortement tubaire droit de 1 à 2 mois, chez une multipare, avec formation d'une hématocele et d'hémorrhagies persistantes.

Femme, atteinte au milieu de juillet d'une hémorrhagie de 10 jours et d'une crise syncopale ; fut d'abord traitée par l'expectation, attendu que l'hémorrhagie semblait être enkystée dans le Douglas. Douleurs sous forme de coliques dans l'abdomen. Hémorrhagie par l'utérus. En raison de l'augmentation de volume de la tumeur rétro-utérine et de l'aggravation de l'état général, laparotomie le 9 août. On trouve environ un quart de litre de sang fluide et de caillots dans le bassin.

La trompe droite est grosse comme un œuf de pigeon, à son extrémité abdominale. Elle renferme un caillot sanguin.

Ablation de la trompe.

Guérison.

OBSERVATION XXXVIII

SCHALITA. — (*Soc. obstétric. et gynéc. de Kiew*, 25 avril 1896.)

Multipare de 28 ans ; — fut apportée à l'hôpital juif de Kiew dans un état très grave. Des renseignements précis ne purent être recueillis qu'après l'opération.

Les règles restèrent suspendues pendant 9 mois. Cinq mois avant son entrée, survint une crise de violentes douleurs avec défaillance. Il y a un mois, nouvelle crise douloureuse, accompagnée de collapsus. Depuis ce moment, amaigrissement et fièvre. L'exploration révéla l'existence d'une tumeur élastique douloureuse, qui atteignait le bord des côtes et était fluctuante.

Le diagnostic ne put être posé, avant l'opération, faute de renseignements.

Le sac fœtal était rempli de sang purulent, d'odeur fétide, renfermant des gaz.

Le fœtus mesurait 50 cent. Il pesait 5 livres. Le kyste fœtal fut suturé dans la cavité abdominale. — Guérison.

L'auteur est d'avis qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire, terminée par avortement. Toutefois, plusieurs membres de la Société, entre autres *Rein*, contestent ce diagnostic.

OBSERVATION XXXIX

MARTIN. — (*Soc. obstétr. et gynécol. de Berlin*, 26 février 1897.) — Grossesse tubaire double ; avortement d'un côté.

Les deux trompes sont en état de gravidité. Celle de droite renfermait un œuf, rempli par un caillot sanguin, œuf d'un à deux mois. La trompe fut fendue, le produit de conception enlevé, et la trompe saine du reste, fut refermée. Dans la trompe gauche, se trouve un œuf, situé dans le pavillon en cours d'avortement. C'est un œuf d'environ 3 mois.

OBSERVATION XL

KREISCH. — (*Soc. obstétr. et gynécol. de Berlin*, 11 février 1898.) — L'auteur rapporte 5 cas de grossesse tubaire, parmi lesquels un cas terminé par avortement avec hémorrhagie dans la cavité ovulaire.

OBSERVATION XLI

JENKINS (F.-W). — (*Glasgow med. Journ.*, août 1897.)

Femme de 32 ans ; a déjà eu six accouchements. 14 jours après ses dernières règles, elle souffrit de vives douleurs de ventre et de défaillances. Plus tard, il y eut hémorrhagie par l'utérus. On diagnostique un hématosalpinx, dû à une grossesse tubaire. L'opération montra une trompe droite très épaisse et très longue. L'ostium abdominal est ouvert. Les franges du pavillon sont très rouges. La muqueuse est hypertrophiée. Sur l'ovaire droit se trouve un corps jaune récent. Ablation des annexes droites. — Guérison.

L'auteur admet que la grossesse tubaire se termina par avortement 18 jours après la dernière menstruation. De l'œuf, il ne fut rien retrouvé à l'opération, qui eut lieu environ 7 semaines après.

L'hémorrhagie, qui, à en juger par l'anémie très marquée de la patiente, avait dû être très considérable, était complètement résorbée.

OBSERVATION XLII

GEUER. — (*Soc. obst. et gynéc. de Cologne*, 14 janvier 1897.)

Femme de 37 ans ; ayant souffert antérieurement de pelvi-péritonite, n'ayant plus eu d'enfants depuis 9 ans.

14 jours après la cessation de ses règles, survint une forte hémorrhagie. La patiente, en état de collapsus complet, ne fut remontée que grâce à l'injection de 2 litres de

sérum artificiel. La laparatomie montra que l'ostium abdominal était largement ouvert. Par cet orifice, pendait au-dehors un petit débris de membranes.

Guérison.

OBSERVATION XLIII

MANDL et SCHMIT. — (*Archiv. f. Gyn.*, 1898. Bd. LVI. Hft. 2). — Avortement tubaire incomplet, à gauche, avec épanchement de sang libre dans la cavité abdominale.

J. B..., 32 ans. IIIpare. Entrée le 27 mai 1893. En avril fréquemment défaillances et douleurs lombaires. Au début de mai, fortes douleurs sous forme de coliques, dans les reins et l'abdomen; quelques vomissements. — alitée durant 14 jours. — La malade se leva ensuite : alors son état s'aggrava. Hémorrhagies plus fortes, affaiblissement. Il y a 8 jours, issue de débris membraneux.

Dernières règles, le 2 avril.

Hémorrhagies depuis le 9 mai, profuses et tenaces.

Le 30 mai, extirpation par laparatomie. — Guérison.

A 4 cent. de l'utérus, la trompe se dilate en une tumeur, du volume d'une pomme. A sa surface inféro-externe, se trouvent les franges tuméfiées et œdémateuses du pavillon. La paroi du kyste fœtal ne présente pas la moindre trace de rupture : elle est très mince, et tapissée par une muqueuse finement plissée. Le sac est entièrement rempli par une tumeur sanguine coagulée. A la coupe, on voit, à sa partie moyenne, une cavité de la grosseur d'une noix, tapissée d'amnios, et renfermant un liquide séro-sanguinolent, mais pas d'embryon. Au microscope, la môle se montre formée de tissu placentaire.

OBSERVATION XLIV

MANDL et SCHMIT. — (*Loc. cit.*) Cf., p. 48.

OBSERVATION XLV

MANDL et SCHMIT. — (*Loc. cit.*) — Avortement tubaire complet gauche, avec hématoçèle.

F. W..., 34 ans. — Vpare. — Entrée le 11 juillet 1894.

Dernières règles, le 20 avril. Le 1^{er} juin, tout à coup, vertiges et nausées; quelques heures après, violentes douleurs dans le ventre. La malade avait la sensation qu'elle allait accoucher. Symptômes d'anémie. Le lendemain, hémorrhagie modérée; 12 heures plus tard violentes douleurs et syncope; hémorrhagies persistantes, qui ont augmenté d'intensité, depuis la fin de juin.

Extirpation par laparotomie, le 14 juillet. — Guérison.

La trompe gauche est un peu épaissie. Elle renferme une petite quantité de sang. On ne retrouve pas de surface d'implantation ovulaire. Le pavillon plonge dans une hématoçèle, grosse comme une pomme qui est remplie de sang, en partie coagulé, dans lequel le microscope décèle des villosités choriales.

OBSERVATION XLVI

MANDL et SCHMIT. — (*Loc. cit.*) — Avortement tubaire incomplet à gauche.

E. V..., 30 ans. IIIpère. Entrée le 20 juillet 1894. Dernières règles, le 13 mai. 5 semaines plus tard, hémorragies, qui ont persisté jusqu'à aujourd'hui avec quelques rémissions. Coliques dans la région du bas-ventre.

Extirpation par laparotomie, le 24 juillet. — Guérison.

A 2 cent. de l'utérus, la trompe se dilate en forme de saucisse, jusqu'à atteindre le volume du pouce, augmentant progressivement d'épaisseur jusqu'à l'extrémité abdominale, hors de laquelle fait librement hernie, dans le péritoine, un caillot gros comme une noix, entouré par les franges étalées. Toute la trompe est remplie par ce caillot, qui sort à travers l'ostium abdominal.

OBSERVATION XLVII

MANDL et SCHMIT. — (*Loc. cit.*) — Avortement tubaire incomplet, à gauche, avec hématoçèle.

M. H..., 28 ans, IIpare. Entrée le 16 octobre 1894. Dernières règles en mai ; suspension des règles en juin, juillet, août. En juillet, fièvre, vomissements, fortes douleurs abdominales.

La malade est alitée pendant 2 mois.

Depuis un mois, augmentation de volume du ventre ; au milieu de septembre, faible hémorrhagie, douleurs.

Extirpation par laparatomie, le 22 octobre. Guérison.

La trompe se dilate, aussitôt après avoir quitté l'utérus, en un kyste fœtal, gros comme un œuf, à parois très minces, complètement rempli par une môle qui renferme une cavité irrégulière, de la grosseur d'une noix environ, tapissée par de l'amnios, mais qui ne renferme pas d'embryon.

Au-delà du sac fœtal, la trompe reprend son calibre normal, sur une longueur de 2 cent. 5 jusqu'au pavillon, dont les franges pénètrent à l'intérieur du sac de l'hématoçèle. Ce dernier a le volume du poing ; il est rempli de sang, et entoure la partie postérieure du kyste fœtal

OBSERVATION XLVIII

MANDL et SCHMIT. — (*Loc. cit.*) — Avortement tubaire incomplet, à gauche, avec hématoçèle.

F. S..., 37 ans, VIpare. Entrée le 11 novembre 1894. Dernières règles, le 5 août. Au début d'octobre, après une suspension menstruelle d'environ 2 mois, violentes douleurs, sous forme de coliques, dans le bas-ventre et hémorrhagies par les voies génitales. Deux jours plus tard, soi-disant expulsion de débris membraneux ; hémorrhagie et crises douloureuses, qui se répétèrent tous les 4 jours et

devinrent toujours plus fortes, si bien que la malade s'est alitée depuis 14 jours.

Extirpation par laparotomie, le 12 novembre. Guérison.

Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, qui est formée dans sa plus grande partie par une hématocele à parois épaisses. La trompe présente une dilatation du volume d'une prune, et s'abouche dans le sac de l'hématocele avec les franges du pavillon étalées. Le renflement tubaire contient une môle assez fortement adhérente, dans laquelle se trouvent des villosités choriales.

OBSERVATION XLIX

MANDL et SCHMIT. — (*Loc. cit.*) Cf. p. 48.

OBSERVATION L

MANDL et SCHMIT. — (*Loc. cit.*) — Avortement tubaire gauche incomplet, avec hématocele.

R. K..., 36 ans, IIpare. Entrée le 25 février 1897. Dernières règles, le 20 octobre 1896. Symptômes subjectifs de grossesse. Le 24 décembre, hémorrhagie avec expulsion d'une membrane. Un médecin pensa alors qu'il s'agissait d'un avortement.

Depuis, hémorrhagies continuelles, mais très faibles.

Il y a trois semaines, de nouveau forte hémorrhagie et vives douleurs dans le bas-ventre.

Extirpation par laparotomie, le 2 mars. Guérison.

La tumeur extirpée consiste en deux portions, qui se continuent sans ligne de démarcation extérieure : l'une interne, de forme sphérique, l'autre externe, ayant d'avantage la forme d'une saucisse.

A 3 cent. de l'utérus, la trompe se dilate pour former la première portion de la tumeur, qui renferme un œuf complètement rempli de sang, dont la cavité amniotique est

bien conservée, mais ne renferme plus d'embryon. A la coupe, on voit le pavillon de la trompe s'aboucher avec ses franges étalées en rosette dans la 2^e portion de la tumeur, qui est remplie de sang. La paroi de ce sac d'hématocèle est plus mince que celle du kyste fœtal.

OBSERVATION LI

MURET. — (*Revue de Gynéc.*, 1898, II, n^o 2.) Cf., p. 70.

OBSERVATION LII

MURET. — (*Loc. cit.*). Cf., p. 73.

AVORTEMENTS TUBO-UTÉRINS

OBSERVATION LIII

TRUSH (J.). — (*Soc. obstétr. de Cincinnati*, 16 sept. 1886.)
In Americ. J. of Obst., 1886, p. 1259-1293. — Grossesse
interstitielle.

La malade fut prise tout à coup d'une atroce douleur dans le ventre et s'évanouit. En revenant à elle, elle vomit et sentit à nouveau sa douleur, qui ne fut calmée que par la morphine.

Trush fit alors des applications faradiques, le pôle négatif dans le vagin, et le pôle positif en avant de la tumeur. Ces applications, faites avec des courants très forts, furent bien supportées. La malade ne vomissait plus, et son état s'améliorait de plus en plus. Au bout de 6 mois, elle expulsa un œuf flasque, entier, renfermant un fœtus de trois mois et demi.

Trush estime qu'il y a eu passage de l'œuf, de la trompe dans l'utérus.

OBSERVATION LIV

PARKES. — (*Soc. Gynécol. de Chicago*, 21 janv. 1887.) —
Grossesse extra-utérine, dans laquelle le produit fut
expulsé par l'utérus.

L'auteur crut d'abord, en septembre 1886, que la malade portait un fibrome, et lui fit prendre de l'ergot. Ce médicament lui causa tant de douleurs, qu'elle dut en cesser l'emploi.

Le 10 décembre, le mari de la malade apporta à Parkes un fragment d'os. Ayant dilaté le col avec des tiges de tupélo, et introduit le doigt, il y trouva un orifice rempli de fragments osseux. Enfin, il réussit à extraire la pièce qu'il présenta à la Société. Elle était constituée par des os, des fibres musculaires et du tissu conjonctif.

W. Jaggard y reconnaît un lithopédion semblable à ceux dont parle *Carl Braun* (Lehr. d. Gyn. 1831, p. 128), *Spiegelberg* (Lehr. der Geb. 1882, p. 342), et *Kæberlé* (Gaz. hebdomadaire, n° 34, 1866).

OBSERVATION LV

AXTELL. — (*New-York med. Journ.*, 12 sept. 1891.)

Femme, ayant déjà fait plusieurs avortements et ayant eu deux accouchements normaux antérieurs. Hémorrhagies utérines croissantes. Augmentation de volume de l'utérus dont la cavité fut trouvée longue de 10 cent. Tous ces phénomènes font poser le diagnostic de subinvolution et endométrite. On fait un curettage. Ce dernier ramena, surtout de la région de la corne droite, de grands débris de muqueuse. Mais toute la cavité sembla vide. Les deux jours suivants, rien de particulier. L'introduction de la sonde démontra la vacuité utérine. Le troisième jour, expulsion, au milieu de contractions fortes et douloureuses, d'un fœtus long de 13 cent. ; un volumineux placenta se trouvait, complètement libre dans l'utérus, et il fut extrait.

Axtell conclut qu'il s'est agi d'une grossesse tubaire interstitielle droite, qui s'est terminée par avortement tubo-utérin.

OBSERVATION LVI

GRANDIN. — (*Amer. J. of Obst.*, 1892, p. 27.) — Cf., p. 34.

OBSERVATION LVII

PILLIET. — (*Progrès médical*, 7 avril 1894.)

La nommée Cuch... Louise, âgée de 30 ans, entre dans le service de M. le Professeur Tillaux le 22 novembre 1893.

A eu un enfant en décembre 1891.

Le 13 janvier 1893, accouche d'un enfant de 8 mois.

En février, douleurs abdominales. Les règles reviennent dans le courant de février.

Les douleurs persistent durant les mois suivants.

Fin août 1893, les règles ne viennent pas à l'époque attendue ; la malade croit alors être enceinte.

A la fin de septembre, perte abondante durant 8 jours, avec caillots, parmi lesquels la malade trouve une masse charnue du volume d'une mandarine. On trouve alors une tuméfaction dans le cul-de-sac gauche. Depuis ce temps, les douleurs continuent comme avant ; pertes légères tous les jours.

Entrée dans le service du Professeur Tillaux, le 11 octobre 1893.

On constate alors l'existence d'une tumeur volumineuse, grosse comme le poing, dure, douloureuse, dans le cul-de-sac gauche et postérieur, accolée à l'utérus et appliquée sur lui jusqu'au col. Impossible d'en différencier le corps utérin. Rien à droite.

Malade très affaiblie, pâle, anémiée.

Le 22 novembre, l'examen révèle à gauche une tumeur du volume d'un œuf petit, molle, douloureuse. A droite, tumeur plus petite accolée à la corne droite et se prolongeant en avant. Les pertes légères journalières continuent quelques jours, puis cessent le 25 novembre.

Le 27 novembre, réapparition des règles avec abondance. Durée 3 à 4 jours, puis un suintement peu abondant persiste comme avant.

Opération pratiquée par M. Tillaux, le 7 décembre ; ablation des annexes malades. Guérison.

Examen de la pièce. — La trompe et l'ovaire forment une masse unique, cloisonnant un caillot, dont l'ensemble égale le volume du poing. Son centre est occupé par une cavité amniotique assez grande, lisse et contenant un liquide clair. Il n'y a pas de traces de fœtus.

Le caillot s'insère directement sur la trompe, mais il n'existait pas de villosités au point examiné.

Le caillot était considérable, malgré un avortement antérieur, ce qui montre bien comment ces poches tubaires se remplissent peu à peu.

Remarques. — Au point de vue clinique, la marche de la maladie aurait pu faire faire le diagnostic ; car la malade avait présenté des signes de grossesse ; et à un moment donné on avait constaté l'arrêt de ces symptômes et une perte de caillots qui avait fait penser à un avortement. L'avortement était réel, mais l'œuf siégeait dans la trompe ; et dans ces cas, son expulsion n'est à peu près jamais totale.

OBSERVATION LVIII

PILLIET. — (*Loc. cit.*)

La nommée Chara... Gabrielle, modiste, âgée de 23 ans, entre le 28 novembre 1893 dans le service de M. le Professeur Tillaux.

Il y a deux ans, accouche d'un enfant qui meurt au bout de cinq jours. Vers la fin d'août 1893, sans arrêt constaté des règles, la malade est prise de métrorrhagies abondantes, contre lesquelles elle emploie des injections très chaudes. A la fin de septembre, survient une métrorrhagie plus abondante avec caillots et dans laquelle on trouve une membrane. Depuis cette métrorrhagie, un léger écoulement sanguin persiste tous les jours.

Elle entre à la Charité le 28 novembre 1893.

A son entrée, l'examen des organes génitaux montre un utérus gros, douloureux, antéversé.

Du côté droit, au fond du cul-de-sac, tumeur petite, dure, mobile et douloureuse.

Rien à gauche. L'état général est bon bien qu'il y ait eu une hémoptysie, et qu'il persiste quelques craquements au sommet gauche.

Le 19 décembre 1893, laparotomie pratiquée par M. Tillaux ; ablation des annexes droites. Dans la trompe droite, on trouve un caillot sanguin. Rien à gauche. — Guérison.

Examen de la pièce. — La trompe est entourée et comme doublée dans toute sa portion ampullaire par des caillots cloisonnés, enfermés dans de minces membranes.

A la coupe, on trouve un caillot adhérent, pédiculé, du volume d'une noisette.

La trompe est très dilatée, irrégulière et cloisonnée en certains points. Les franges sont luxuriantes, et se sont en beaucoup de points soudées les unes aux autres par leurs extrémités libres, de façon à former à la fois de petits kystes de la muqueuse et des diverticules profonds qui traversent la musculuse et vont jusque dans le péritoine. Cet aspect est le résultat d'une inflammation antérieure de la trompe.

Remarques. — Au point de vue clinique, c'est un cas d'avortement tubaire parfaitement net. On retrouve les petites métrorrhagies, puis la chute de l'œuf. La malade, très intelligente, a noté qu'elle avait expulsé un caillot contenant des membranes. Cet avortement tubaire était incomplet, comme c'est la règle ; une portion de placenta est restée adhérente à la trompe, où on l'a retrouvée, et a continué à fournir un léger suintement, en même temps que la trompe restait volumineuse et douloureuse.

OBSERVATION LIX

GEBHARDT (de Wasserburg a) I. — (*Münchener med. Wochenschrift*, 1893, n° 35.) — Un cas de grossesse tubaire interstitielle terminée par guérison.

Femme atteinte d'aménorrhée depuis 7 mois et demi. L'utérus est peu augmenté de volume. Le col utérin est légèrement entr'ouvert. Légère paramétrite à gauche.

A droite de l'utérus, existe une tumeur difficilement mobilisable, très sensible à la pression. — Le cathétérisme, qui s'exécute facilement, montre une cavité utérine dilatée mais vide.

Le lendemain, violentes hémorrhagies, douleurs semblables aux douleurs de l'accouchement. Le 2^e jour, on trouve dans les caillots sanguins des fragments d'un petit squelette, complètement macéré, et correspondant par sa grandeur à un fœtus de 3 à 4 mois.

Au bout de 6 semaines, l'expulsion des débris squelettiques cessa ; les hémorrhagies s'arrêtèrent par l'ergotine. Depuis, vifs malaises paramétritiques et irrégularités menstruelles.

L'auteur conclut à une grossesse tubaire, dont le fœtus succomba et se réduisit à un squelette : la cloison qui séparait la trompe de la cavité utérine fut vraisemblablement effondrée par le cathétérisme : une voie fut ainsi ouverte qui permit l'expulsion du squelette.

OBSERVATION LX

GRAY. — (*Americ. J. of. Obst.*, mars 1895.) — Grossesse tubaire interstitielle

E. H..., 30 ans, multipare, grossesses normales, pas d'avortements. Dernières règles le 20 mai 1894. Elle voit se développer tous les symptômes de la grossesse, pendant les deux périodes menstruelles suivantes. Au moment de la troisième époque, hémorrhagie soudaine et violente douleur. Les choses durent ainsi pendant trois semaines ; puis tous les signes de grossesse disparaissent, à la suite d'une crise plus forte, dans laquelle la malade avait éprouvé une violente douleur dans la région de l'ovaire droit et dans la cuisse.

L'écoulement tantôt sanguinolent, tantôt aqueux, persista jusqu'à la fin, mais jamais il n'y eut de fécondité.

Diagnostic : grossesse tubaire, ou avortement suivi de salpingite.

Le 23 septembre, exploration de la cavité utérine et curettage qui ramène quelques débris de membranes, mais sans aucune odeur. Le lendemain, violentes douleurs ressemblant à un commencement de travail. En retirant le tampon vaginal, on trouve le col largement ouvert et livrant passage à un écoulement extrêmement fétide. Un fœtus se présentait, qu'on put extraire avec le doigt ; il était affreusement macéré et répandait ainsi que le placenta une odeur infecte. Le curage digital permet de sentir à droite de l'utérus un diverticule très net.

Guérison.

OBSERVATION LXI

BOLDT (New-York). — *Medical News*, 17 avril 1897. Cf. p. 33.

OBSERVATION LXII

SKUTSCH (de Iéna). — (*Soc. allem. de gynéc. de Leipzig*,
7 juin 1897.)

Chez la malade, dont l'auteur rapporte l'histoire, il y eut expulsion d'une caduque utérine complète, de 4 millimètres d'épaisseur, présentant un orifice de 3 millimètres, au niveau de son pôle inférieur. L'œuf lui-même fut ensuite expulsé. Il se serait agi, suivant l'auteur, d'une grossesse développée dans la portion interstitielle de la trompe, et terminée par avortement tubo-utérin.

OBSERVATION LXIII

MITTERMAIER. — (*Centr. f. Gyn.* 1897, p. 273.) — Grossesse tubaire gauche de deux mois. — Hématosalpinx du volume du poing. — Ecoulement de liquide amniotique par l'utérus. — Cf. p. 34.

OBSERVATION LXIV

MALINOWSKY. — (*Jeshenedelnik*, 1897, n° 45.)

À droite de l'utérus gravide, on percevait une tumeur plus petite. Après l'achèvement de l'accouchement par cranioclasie, cette tumeur ne disparut pas. La main introduite dans l'utérus constata que le cordon ombilical, suivi depuis la cavité utérine vide, allait se perdre dans la trompe droite. L'ostium tubo-utérin laissa passer sans peine la main dans la trompe dilatée, d'où fut extrait le placenta.

Remarques. — Ce cas de grossesse tubo-utérine mérite d'être rapproché de l'avortement tubo-utérin. Le placenta, se trouvant dans la trompe, indique nettement que le développement initial de l'œuf a eu lieu dans le canal tubaire. Ce n'est que progressivement et dans le cours ultérieur de la grossesse, que l'œuf a dilaté l'ostium utérin, et est venu occuper la cavité utérine. C'est donc, en quelque sorte, un avortement tubo-utérin d'un type spécial, dans lequel l'œuf tubaire n'est resté adhérent à la trompe que par son insertion placentaire, le fœtus ayant complètement émigré dans la cavité utérine, et ayant pu y poursuivre son évolution sans encombre. Nous pourrions appliquer les mêmes remarques à l'observation suivante.

OBSERVATION LXV

EIERMANN. — (*Monats. f. geb.*, janv. 1897.)

L'auteur rapporte un cas, dans lequel on trouve une cavité tubaire, en forme de saucisse, à parois minces, longue de 7 cent., communiquant par un orifice de la grandeur d'une pièce d'un marck avec la cavité utérine. C'est dans cette cavité tubaire qu'était le placenta. Le fœtus avait été extrait auparavant avec la pince à pansement. C'était un avortement de trois mois.

OBSERVATION LXVI

MAC LEAN TAFT. — (*New-York Med. Journ.*, 3-7 sept. 1898, p. 331). — Grossesse extra-utérine interstitielle, terminée par rupture dans l'utérus.

Femme âgée de 30 ans, mariée à 25 ans ; a eu 2 enfants, dont les couches ont été normales. — Réglée à 14 ans. — Les dernières règles ont eu lieu en octobre 1897. — Elles furent abondantes, douloureuses, accompagnées de l'expulsion de caillots. Deux mois après, premiers symptômes fonctionnels de la grossesse. L'utérus est augmenté de volume, douloureux au toucher et un peu abaissé. En raison des troubles présentés par la malade, des hémorrhagies qui survinrent, le curettage fut proposé et pratiqué le 3 février. Les troubles continuèrent ; la tumeur utérine avait augmenté, et le diagnostic fut : Salpingite, fibromyome ou grossesse extra-utérine localisée dans une corne d'un utérus didelphe. Pensant à cette hypothèse, l'auteur eut l'idée d'appliquer la faradisation dans le but de détruire le fœtus. Au bout de 3 jours, la malade fit en effet le matin, au réveil, une fausse couche qui se termina par l'expulsion d'un fœtus d'environ 2 mois et demi. — Guérison.

CONCLUSIONS

1° L'avortement tubaire est un mode de terminaison de la grossesse tubaire, connu depuis peu d'années seulement (1887).

2° Il consiste dans l'expulsion totale ou partielle de l'œuf ectopique, avant l'âge de la viabilité fœtale, à travers l'un des deux orifices normaux de la trompe, sans rupture de la paroi. Quelquefois, le processus se borne au décollement ovulaire, suivi d'une hémorrhagie, qui se fait également jour au dehors par les voies normales, sans porter atteinte à l'intégrité de la trompe.

3° L'avortement tubaire constitue un mode d'interruption très fréquent de la grossesse ectopique ; d'après les statistiques les plus récentes, sa fréquence l'emporterait sur celle de la rupture tubaire. C'est au cours des deux premiers mois qu'on l'observe le plus souvent.

4° Il existe deux types d'avortement tubaire : l'un, tubo-abdominal, qui se fait dans le péritoine à travers l'ostium abdominal ; l'autre, tubo-utérin, qui se fait dans l'utérus à travers l'ostium utérin. Le premier est de beaucoup le plus fréquent.

5° L'avortement est complet, quand l'œuf est chassé en totalité hors de la trompe ; il est incomplet, tant qu'il reste un débris ovulaire, adhérent à la paroi tubaire ; c'est cette dernière variété qui est la plus habituelle.

6° Au point de vue clinique, l'avortement tubaire se déroule au milieu d'hémorrhagies et de douleurs abdominales souvent très vives, quelquefois accompagnées

d'une légère réaction péritonéale. L'exploration objective révèle l'existence d'une tumeur tubaire qui s'affaisse et tend à disparaître au fur et à mesure que l'avortement se complète, en même temps qu'une hématocele se développe dans le Douglas.

7° L'avortement tubaire se distingue en général de la rupture, par la moindre intensité de ses symptômes. Le diagnostic en est souvent très difficile.

8° L'avortement complet se déroule en une crise unique ; l'avortement incomplet traîne en longueur et évolue sous forme de crises multiples récidivantes.

9° Le pronostic est ordinairement bénin. Toutefois, l'avortement peut se compliquer secondairement de rupture tubaire.

10° L'hématocele pelvienne est presque toujours la conséquence d'un avortement tubaire, et ne succède que beaucoup plus rarement à une rupture de la trompe.

11° Tant qu'il n'existe que des symptômes d'intensité modérée, l'expectation thérapeutique est permise. Elle est de règle dans l'avortement complet. Une médication symptomatique suffit alors. Dans l'avortement incomplet, qui donne lieu à des manifestations inquiétantes, il faut pratiquer l'extirpation des annexes malades par la voie abdominale ou par la voie vaginale, suivant les circonstances.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Le 24 mars 1899.

A. HERRGOTT.

VU PAR LE DOYEN :

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AXTELL. — Extra-utérine pregnancy: *New-York Medical Journ.*, 12 sept. 1891.
- BECKMANN (von). — La grossesse interstitielle: *Wratch*, 11 avril 1898.
- Beitrag zur graviditas interstitialis (aus dem Obuchow-Frauenhospital zu Sanct-Pétersburg): *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1898. — Bd XXXVIII, p. 471.
- BOLDT (New-York). — Grossesse ectopique: *Med. News*, 17 avril 1897.
- BOUILLY. — Notes sur la grossesse extra-utérine: *La Gynécologie*, février et avril 1898.
- BROESE. — *Soc. obstétr. de Berlin*, 8 mars 1889.
- BROSIN. — Gynæk. Gesells. zu Dresden: in *Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 171.
- BURFORD. — *British Medical*, 26 nov. 1892.
- BURNEY (Mac). — *New-York Med. Journ.*, mars 1882.
- CESTAN. — *Thèse Paris*, 1894.
- Les hémorrhagies et l'hématocèle pelvienne intra-péritonéales: *Rev. génér. Gaz. des hôp.*, 1896, n° 80, p. 801, n° 82, p. 821.
- COE (H.). — New-York Obst. Sy., 3 mars 1896: in *Amer. Gyn. a. Obst. J.*, mars 1896.
- CULLINGWORTH. — An indisputable case of complete tubal abortion: *Trans. Ob. Soc. Lond.* (1895) 1896. — XXXV, p. 139-143.
- DÜHRSEN. — Vier Präparate von Tubenschwangerschaften: *Berliner Klin. Wochensch.*, 1893, n° 20, p. 483.
- EIERMANN. — Un cas de grossesse tubo-utérine: *Monat. f. Geb.*, janvier 1897.

- ELLIOT. — *Boston Medical*, 1893 (cité in thèse Cestan, Paris, 1894, p. 118).
- FALK. — *Versamml. deutsch. Naturf. u. Aerzte zu Dusseldorf* (septembre 1898).
- FEHLING. — Die Bedeutung der Tubenruptur und des Tubaraborts für Verlauf, Prognose und Therapie der Tubenschwangerschaft : *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1898. — Bd XXXVIII. — Hft 1, p. 67.
- GAUTHIER. — *Thèse Paris*, 1893.
- GEHARDT. — Un cas de grossesse tubaire interstitielle terminée par guérison : *Münchener Medic. Wochensch.*, 1895, n° 35.
- GEUER. — Gesells. f. Geb. u. Gyn. zu Kæln a/Rh., 14 janv. 1897 : in *Centr. f. Gyn.*, 1898, p. 447.
- GIGLIO. — Douze cas d'hématocèle pelvienne intra-péritonéale par avortement tubaire et tubo-ovarique : *Annali di Ostetricia e Gynecologia*, 1898, n° 5, p. 377 et n° 6, p. 465.
- GOTTSCHALK. — *Zeits. f. Geb.*, 1895 : Bd XXXI, p. 207 ; Bd XXXII, p. 490 ; Bd XXXIII, p. 140.
- GRAY. — Grossesse extra-utérine interstitielle : *The Amer. J. of Obst.*, mars 1895.
- GRANDIN. — *Amer J. of Obst.*, 1892, p. 27.
- JAHREISS. — Hémorrhagie intra-péritonéale par avortement tubaire : *München. med. Woch.*, 1892, n° 9.
- JENKINS. — Un cas d'avortement tubaire : *Glasgow medic. Journ.*, août 1897.
- JORDAN. — On tubal abortion, with clinical notes on eight cases of ectopic gestation : *Brit. med. J. London*, 1898, ii, 803-806.
- KELLY (Howard A.). — *Operative Gynecology*, New-York, 1898, vol. II, p. 463.
- KOSMINSKI. — Un cas de grossesse tubo-utérine : *Monat. f. Geb.* — Bd VI, Hft 5.
- KOSSMANN. — *Zeits. f. Geb.*, 1895. — Bd XXXII, p. 507.
- KREISCH. — *Gesells. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, 11 février 1898.

- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité de Gynécologie*, 1898.
 LAWSON TAIT. — *British gynecol. Journ.*, vol. XXVIII.
 LEAN TAFT (McC). — *New-York Med. Journ.*, septembre 1898
 p. 334.
 LIGETI. — Ueber einen Fall von normaler und tubouteri-
 naler Gravidität, respective Abortus : *Ungar med.*
Presse, Budapest, 1896, I, 402.
 LINDFORS (A. O.). — Grossesse tubaire et avortement tubaire
 traités avec succès par laparotomie : *Fæhr. Svens. Lak.*
 — *Sællsk. Sammark.* — Stockholm, 1898, LX, 27-34.
 MACKENRODT. — Gesells. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin, 12 mai
 1893 (*in Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 510).
 MALINOWSKI. — Un cas de grossesse tubo-utérine : *Jeshene-*
delnik (russisch), 1897, n° 45.
 MANDL et SCHMIT. — Beiträge zur Ätiologie und patholo-
 gischen Anatomie der Eileiterschwangerschaft zugleich
 ein Bericht über 77 an der Klinik operativ behandelte
 Tubargraviditäten : *Archiv. f. Gynec.*, 1898. — Bd LVI,
 Hft 2.
 MARTIN. — Ueber ektopische Schwangerschaft : *Congrès*
périodique international de gynécologie et d'obstétrique,
 Bruxelles, 1892.
 — *Gesells. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin* (19 mai 1893).
 — *Die Krankheiten der Eileiter*, Leipzig, 1895.
 — Des grossesses extra-utérines, *Journ. d'accouche-*
ments, Liège, 1896, XVI, p. 75.
 — De la grossesse tubaire : *Monat. f. Geb.*, janvier
 1897.
 — *Gesells. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, 26 février 1897.
 MASLOWSKY (Saint-Petersbourg). — Zur anatomie und
 Therapie der Graviditas extra-uterina : *Monats. f. Geb.*
u. Gyn., Bd VII, Hft 3.
 MEEK. — *Amer J. of Obst.*, janvier 1894, p. 84.
 MEINERT. — Gynæk. Gesells. zu Dresden, *in Centr. f. Gyn.*,
 1897, p. 171.
 MICUDI. — *Amer J. of Obst.*, XII, p. 330.
 MITTERMAIER. — *Centr. f. Gyn.*, 1897, p. 275.

MURET. — Beitrag zur Lehre der Tubenschwangerschaft, *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXVI, 1893.

— Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide, *Revue de Gynéc. et de Chir. abd.*, II, mars 1898, p. 195-238.

ORTHMANN. — Ueber Tubenschwangerschaften in den ersten Monaten mit besonderer Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Befunde: *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, p. 143.

— Beitrag zur frühzeitigen Unterbrechung der Tubenschwangerschaft: *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1894, Bd XXIX, p. 61.

PARKES. — Soc. Gynéc. de Chicago, in *Annales de Gynéc.*, 1887, XXVIII, p. 154.

PFANNENSTIEL. — De la grossesse tubaire: *Deutsche med. Woch.*, 1894, n° 34.

PICHEVIN. — Pseudo-avortement tubaire; fausse rupture de grossesse ectopique: *Sem. Gynéc.*, 1896, p. 162.

PILLIET. — Note sur l'évolution histologique du placenta abortif: *Soc. de biologie*, 15 avril 1893.

— Etudes sur l'avortement tubaire, *Progrès médical*, 7 avril 1894.

PLAYFAIR. — Tubal abortion: *Tr. Obst. Soc. Lond.* (1895)-1896, XXXVII, 224.

PROCHOWNIK. — *Festschrift der deutsch. Ges. f. Gyn.*, Wien., 1894.

PURCELL. — *Brit. Gynæcol. Journ.*, 1897.

REMFRY. — Incomplete tubal abortion: *Tr. Obst. Soc. Lond.* (1894)-1895, XXXVI, 261-263.

ROBB. — Rupture du sac ovulaire d'une grossesse extra-utérine, à travers le pavillon de la trompe sans déchirure de celle-ci: *New-York Journ. of Gyn. and Obst.*, février 1891.

RONCAGLIA. — Contributo allo studio della mola tubarica: *Rassegna di Sc. Med.*, Modena, 1895, X, 113-120.

ROSSIER (de Lausanne). — *Verhandl. der VII. Versammlung der deutsch. Ges. f. Gyn. in Leipzig*, juin 1897.

- SALM. — Un cas de grossesse tubaire ; laparotomie : *Førh. Svæns-Læk. — Sællsk. Sammank.*, Stockholm, 1895, p. 180-184.
- SÆNGER. — *Congrès de Gynéc. de Bruxelles*, 1892.
- SCHAEFFER. — *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, XXXIV, p. 348.
- SCHALITA. — *Verhandl. der Gesells. f. Geb. u. Gyn. zu Kiew (in Centr. f. Gyn., 1897, p. 23).*
- SCHMIT. — Cf. Mandl.
- SCHRENCK (von). — *Thèse de Dorpat*, 1893.
- SCHULTZE. — *Verhandl. der deutsch. Ges. f. Gyn.*, 1888.
- SEGOND. — *Congrès d'Obstétrique et de Pédiatrie de Marseille*, octobre 1898.
- SKUTSCH. — *Centr. f. Gyn.*, 1889, p. 15.
— *Zur Lehre vom Abort. : Verhandl. der VII Versamml. der deutsch. Ges. f. Gyn. in Leipzig*, juin 1897.
- SMITH. — *Chicago Gyn. Sy.*, 20 mars 1896 et mai 1896 (*in Amer. Gyn. a. Obst. J.*, 1^{er} avril et juin 1896).
- STEPKOWSKI. — *Gazeta lekarska*, 1897, nos 12 et 13.
- SUTTON (Bland). — *The Lancet*, 1891.
— *British. Med. J.*, 12 nov. 1893.
— *Affections chirurgicales des ovaires et des trompes : grossesse tubaire*, London.
- TAYLOR (Birmingham). — *British Gynecol. Journ.*, XXVIII, 1892.
- THIÉBAUT. — *Contribution à l'étude de la grossesse tubaire avortée : Presse médic. belge*, 1895, XLVII, p. 277.
— *Grossesse tubaire avortée : Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, Bruxelles, 1896, VIII, p. 53.
- THORN (de Magdebourg). — *Versamml. deuts. Naturf. u. Aerzte zu Dusseldorf.*, sept. 1898.
- TRUSH (Jacob). — *Un cas de grossesse interstitielle. Soc. obst. de Cincinnati*, 16 sept. 1886 : *in Amer. J. of Obst.*, 1886, p. 1239-1293.
- TUTTLE. — *Amer. J. of Obst.*, oct. 1891.
- VEIT. — *Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 796, et 1886, n° 24.
— *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XII, Hft 2.
— *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, XXI, p. 447, 1891.

- WEIT. — *Gesells. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, 19 mai 1893.
— *Versamml. deuts. Naturf. u. Aerzte zu Dusseldorf*,
sept. 1898.
— Zur Behandlung früher Extrauterin-Schwangerschaften : *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1899, Bd XL, p. 151.
- VINEBERG. — *Amer. Gyn. a. Obst. J.*, juin, juillet, août 1896.
- WALLACE. — *British med. J.*, 16 avril 1892.
- WESTERMARK. — *Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 1654.
- WOERTH. — *Beiträge zur Anatomie und zur operativen Behandlung der Extrauterin-Schwangerschaft*, Stuttgart, 1887.
- ZEDDEL. — Zur Anatomie der Schwangeren Tube mit besonderer Berücksichtigung des Baues der tubaren Placenta : *Zeits. f. Geb.*, Bd XXVI, 1893, p. 78.
— Ueber den tubaren Abort : *Deutsche medic. Woch.*, 1895, nos 31 et 32.
- ZWEIFEL. — *Arch. f. Gyn.*, Bd XII.
— Ueber Extrauterin-Schwangerschaft und retrouterine Hæmatome : *Arch. f. Gyn.*, Bd XLI. — Hft 1 et 2.

BIBLIOGRAPHIE CHRONOLOGIQUE

1882. — MAC BURNEY.	— SUTTON.
1885. — VEIT.	— VEIT.
— WESTERMARK.	— ZEDDEL.
1886. — TRUSH.	1894. — CESTAN.
— VEIT.	— MEER.
1887. — PARKES.	— ORTHMANN.
— WOERTH.	— PFANNENSTIEL.
1888. — SCHULTZE.	— PILLIET.
1889. — BROESE.	— PROCHOWIK.
— SKUTSCH.	1895. — GEBHARDT.
1890. — ORTHMANN.	— GOTTSCHALK.
1891. — AXTELL.	— GRAY.
— ROBB.	— KOSSMANN.
— SUTTON.	— MARTIN.
— TUTTLE.	— REMFRY.
— VEIT.	— RONCAGLIA.
1892. — BURFORD.	— SALM.
— GRANDIN.	— THIÉBAUT.
— JAHREISS.	— ZEDDEL.
— LAWSON TAIT.	1896. — CESTAN.
— MARTIN.	— COÉ.
— S. ENGER.	— CULLINGWORTH.
1893. — DUHRSEN.	— LIGETI.
— ELLIOT.	— MARTIN.
— GAUTHIER.	— PICHEVIN.
— MACKENRODT.	— PLAYFAIR.
— MARTIN.	— SCHLEFFER.
— MURET.	— SMITH.
— PILLIET.	— THIÉBAUT.
— VON SCHRENCK.	— VINEBERG.

1897. —	BOLDT.	—	FALK.
—	BROSIN.	—	FEHLING.
—	EIERMANN.	—	GIGLIO.
—	GEUER.	—	JORDAN.
—	JENKINS.	—	KELLY.
—	MALINOWSKY.	—	KREISCH.
—	MARTIN.	—	LABADIE-LAGRAVE
—	MEINERT.		et LEGUEU.
—	MITTERMAIER.	—	LINDFORS.
—	PURCELL.	—	MAC LEAN TAFT.
—	ROSSIER.	—	MANDL et SCHMIT.
—	SCHALITA.	—	MURET.
—	SKUTSCH.	—	SEGOND.
—	STEPKOWSKY.	—	THORN.
1898. —	VON BECKMANN.	—	VEIT.
—	BOUILLY.	1899. —	VEIT.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	8
Définition	13
Etiologie.	19
Fréquence	25
Anatomie pathologique et pathogénie	30
Symptômes et marche	62
Diagnostic	77
Pronostic	86
Traitement	89
Observations	94
Avortements tubo-abdominaux	95
Avortements tubo-utérins	127
Conclusions.	137
Index bibliographique	139
Bibliographie chronologique.	145

